

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 9



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS/USF
Platilde Oliveira da Silva, Rio Branco, AC

Yina Keny Vargas Gonzáles

Pelotas, 2016

Yina Keny Vargas Gonzáles

Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS/USF

Platilde Oliveira da Silva, Rio Branco, AC

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Ernande Valentin Do Prado

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

G643m Gonzales, Yina Keny Vargas

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM na
UBS/USF Platilde Oliveira da Silva, Rio Branco, AC / Yina Keny
Vargas Gonzales; Ernande Valentin do Prado, orientador(a). - Pelotas:
UFPel, 2016.

96 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença
Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Prado, Ernande Valentin
do, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicado para minha família que são minha razão de viver.

Agradecimentos

A Deus, que me carregou quando faltaram forças e me deu sabedoria para concluir este trabalho.

A meus pais, pelo amor inabalável, o constante apoio e terem me incentivado para seguir em frente.

A meu esposo, pela compreensão, horas de dedicação e auxílio na construção deste trabalho. Por massagear minhas costas, segurar minha mão e me consolar quando sentia que não aguentava mais.

As minhas duas filhas pelas palavras de amor, os sorrisos e abraços que me deram as forças necessárias para continuar.

A toda minha família: Tata, irmãos, tios, primos que sempre estiveram por perto quando precisei.

A meu orientador, pelo suporte, dedicação, correções e paciência.

Ao Programa Mais Médico pela oportunidade de fazer parte desse projeto.

A universidade e todas as pessoas que fazem parte da especialização por brindarmos seus conhecimentos e apoio para que sejamos especialistas.

À minha equipe de trabalho pelo apoio, dedicação e companheirismo.

Agradeço a todos que participaram da intervenção, em especial as pessoas portadoras de hipertensão e diabetes que sem eles não seria possível este trabalho.

Resumo

VARGAS, Gonzales Yina Keny. **Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Platilde Oliveira da Silva, Rio Branco, AC. 2016.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) representam a principal causa de mortalidade no Brasil além de ser um importante problema de saúde pública que frequentemente encontramos na prática clínica. A presente intervenção teve como objetivo, melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS Platilde de Oliveira da Silva, levando em consideração a alta prevalência e incidência de pessoas portadoras de HAS e/ou DM e pela baixa cobertura de usuários cadastrados na UBS de acordo com o caderno de ações programáticas onde observamos uma discrepância de dados entre a estimativa oferecida pelo curso e o cadastramento da nossa área adstrita. A intervenção foi realizada por um período de 12 semanas e focou os usuários maiores de 20 anos que soma um total de 1770,14 (67% da população total) entre os portadores de hipertensão e diabetes. Segundo as estimativas da VIGITEL, que abastece a planilha de coleta de dados para essas ações, deveríamos ter na nossa área de abrangência, 402 (22,7%) pessoas com hipertensão e 99 (5,6%) portadores de diabetes. Assim, para garantir que estas pessoas tivessem uma assistência com qualidade, implantou-se uma intervenção, segundo os protocolos do Ministério da Saúde para HAS e/ou DM. Com a realização da intervenção conseguimos cadastrar e alcançar uma cobertura total de 114 (28,4%) usuários com hipertensão e 31 (31,3%) pessoas com diabetes. Quase o 100% das pessoas cadastradas no programa com exceção só de uma receberam exame clínico apropriado, realizaram exames complementares e estão em dia de acordo com o protocolo, receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, paralelamente, fizemos busca ativa dos faltosos às consultas, mantivemos um adequado registro nas fichas de acompanhamento, realizamos estratificação do risco cardiovascular e orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal dos usuários. A intervenção trouxe excelentes resultados para os usuários envolvidos e toda a comunidade, incrementou seu nível de informação respeito destas doenças, contribuindo para o empoderamento dos conhecimentos através das ações de educação em saúde, com foco naquelas voltadas à promoção e prevenção de agravos, nas quais todos podiam participar de forma ativa. Também para o serviço teve impactos positivos melhorando o processo de trabalho, o nível de organização da unidade, adquirindo novos conhecimentos para um acompanhamento adequado dos usuários e resultando numa oferta de cuidado em saúde mais qualificada e resolutiva.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Vista aérea de Rio Branco, AC	14
Figura 2	Primeira reunião com a equipe de trabalho na UBS	60
Figura 3	Visita domiciliar	60
Figura 4	Exame dos pés com monofilamento 10g.	61
Figura 5	Arquivo de ficha-espelho	62
Figura 6	Figura 6: Atividade de Educação em Saúde	62
Figura 7	Gráfico com a proporção de cobertura do programa de atenção a pessoas com hipertensão na unidade de saúde	65
Figura 8	Gráfico com a proporção de cobertura do programa de atenção a pessoas com diabetes na unidade de saúde	66
Figura 9	Gráfico indicativo de realização de exame clínico apropriado a pessoas com hipertensão na unidade de saúde	66
Figura 10	Gráfico indicativo de realização de exame clínico apropriado a pessoas com diabetes na unidade de saúde	66
Figura 11	Gráfico indicativo de realização de exames dos pés a pessoas com diabetes na unidade de saúde	67
Figura 12	Gráfico indicativo da avaliação a usuários com hipertensão da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde	69
Figura 13	Gráfico indicativo da avaliação a usuários com diabetes da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde	69
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde	70
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde	70
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular na unidade de saúde	71
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular na unidade de saúde	71
Figura 18	Atividade educativa com ênfase na alimentação	72
Figura 19	Atividade educativa sobre alimentação saudável, atividade física, tabagismo e higiene bucal nas visitas domiciliares	73

Figura 20	Gráfico com a proporção de cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade e saúde	76
Figura 21	Gráfico com a proporção de cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde	76
Figura 22	Gráfico com a proporção de cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensa na unidade de saúde	81
Figura 23	Gráfico com a proporção de cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde	82

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

AC	Acre
ACS	Agente comunitário da Saúde
AVE	Acidente vascular encefálico
APS	Atenção primária a saúde
CA	Câncer
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia de saúde da família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HDL	High density lipoproteins (colesterol)
HGT	Hemoglicoteste
MMHG	Milímetro de mercúrio
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleo de apoio a saúde da família
PCD	Planilha de coleta de dados
PCCU	Prevencao do câncer do colo do útero
PMMB	Programa mais médicos para o Brasil
SIAB	Sistema de informação da atenção básica
SUS	Sistema único de saúde
TCC	Trabalho de conclusão de curso
UBS	Unidade básica de saúde
UNA-SUS	Universidade aberta do sistema único de saúde.
UPA	Unidade de pronto atendimento
URAP	Unidade de referencia a atenção primária

Sumário

1	Análise Situacional	12
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
2	Análise Estratégica.....	25
2.1	Justificativa.....	25
2.2	Objetivos e metas.....	27
	2.2.1Objetivo geral.....	27
	2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3	Metodologia.....	29
	2.3.1 Detalhamento das ações	30
2.3.2	Indicadores.....	47
	2.3.3 Logística	55
3	Relatório da Intervenção.....	59
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	59
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	63
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	64
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	65
4	Avaliação da intervenção.....	66
4.1	Resultados	66
4.2	Discussão	66
5	Relatório da intervenção para gestores.....	81
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	84
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	88
	Referências.....	90
	Anexos.....	91
	Anexo A - Documento do comitê de ética	92
	Anexo B- Planilha de coleta de dados	93
	Anexo C-Ficha espelho	94
	Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	96

Apresentação

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Pós-Graduação – Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. Onde se realizou uma intervenção para melhorar a atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus pertencentes à área de abrangência da UBS: Platilde de Oliveira da Silva – Rio Branco/AC. O TCC está dividido em partes de forma organizada pelos respectivos conteúdos.

A primeira parte, a Análise Situacional, na qual consta uma avaliação geral do cenário, resultante da apropriação do município e da área de abrangência da UBS, com suas particularidades, características, processos de trabalho e ações desenvolvidas no âmbito desta.

A segunda parte é constituída pela análise, na qual é apresentado o projeto de intervenção propriamente dito, com a justificativa, os objetivos, metas propostas e aspectos da metodologia.

Na terceira parte vem o Relatório da Intervenção, trazendo as ações desenvolvidas, aquelas não desenvolvidas e aspectos relacionados à coleta de dados e viabilidade de incorporação da intervenção à rotina do serviço.

Na quarta parte estão a Avaliação dos Resultados da Intervenção expostos por meio da apresentação dos resultados alcançados na intervenção e sua discussão

Nas partes cinco e seis temos os Relatórios da Intervenção para os Gestores e para a comunidade, respectivamente.

A parte sete é dedicada a uma reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem ao longo do curso, encerram este volume as referências utilizadas e uma parte dedicada aos apêndices e anexos que foram instrumentos para o acompanhamento da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na UBS Platilde Oliveira da Silva localizada na cidade de Rio Branco, capital do estado do Acre. Esta unidade conta com duas equipes de trabalho, minha equipe conta com 1 médico, 1 enfermeiro (que é o coordenador), 10 Agentes de saúde, 2 pessoas para fazer a limpeza, só tem uma técnica de enfermagem e 1 dentista que pertence a outra equipe e só atende os agendamentos da sua equipe feito pelas ACS. Temos designado 3 áreas de abrangência que soma um total de 2642 pessoas, mas os dados não são atualizados, as agentes de saúde estão trabalhando nesse cadastro. A infraestrutura da unidade básica da família é nova contamos com 3 consultórios médicos, 2 consultórios para os enfermeiros, 1 consultório odontológico, 1 sala de curativo, 1 sala de procedimento, 1 sala de imunização, 1 farmácia, 1 sala de administração, 1 recepção e/ sala de espera, 1 sala de almoxarifado, 1 sala de esterilização, 1 sala de expurgo, 1 sala de reunião, 1 cozinha, 2 banheiros para o pessoal de trabalho e 2 banheiros para os usuários, e 1 sala para depósito de limpeza. Todos os cômodos tem ar condicionado. Fazemos em todas as quartas feiras, a tarde, visita domiciliar as pessoas acamadas e as pessoas que por algum tipo de doença não podem ir até ao centro de saúde. Também temos grupos de gestantes e grupos com algumas pessoas da Secretaria de Saúde do

Município com o objetivo de melhorar o relacionamento entre as duas equipes.

Penso que o maior desafio que tenho no meu trabalho é a implementação das diretrizes do SUS e dos programas de saúde oferecidos pelo MS, porque meu trabalho é praticamente assistencial. Sinto que até para fazer uma consulta de qualidade às vezes tenho percalços com algumas ACS que só querem ver número de pacientes atendidos sem importar a qualidade da atenção. Não tenho muito contato com a população, apenas na consulta médica e nas visitas, dessa forma é difícil conhecer cada família para avaliar os fatores de risco, as condições e a forma de vida de cada integrante da família, a infraestrutura das vivendas, etc. e fazer uma intervenção promocional e preventiva. Outro problema é a forma de agendamento, este é feito no mesmo dia da consulta e as pessoas têm que ir de madrugada para pegar ficha. Pensando nisso já fiz dois tipos de propostas para melhorar essa parte, mas até agora não tenho a autorização do coordenador para mudar isso. Ainda assim, procuro agendar algumas pessoas de cuidado contínuo. Também é um pouco difícil conhecer todas as pessoas da minha área e ter um atendimento e cuidado contínuo, porque tem muita demanda de atenção médica de pessoas fora de área. Prova disso, metade das pessoas que eu atendo são de fora de área e a outra metade são da minha área de abrangência. Também é difícil querer fazer e trabalhar da melhor forma possível e não ter o apoio dos funcionários que estão acostumados com a medicina assistencialista. As pessoas com quem eu trabalho também estão acostumados com esse tipo de atenção médica, só na UBS no momento que estão doentes de forma rápida e pouco resolutivas que às vezes quando estão esperando fora do consultório ficam chateados pela demora mas depois de ser atendidos, saem da consulta satisfeitos e entendem que para brindar uma consulta de qualidade temos que dedicar tempo. Não temos muitos reclamos dos usuários porque ainda a população não tem conhecimento de como deveria ser o Trabalho da UBS ou seja de forma mais comunitária, com foco holístico bio-psico-social priorizando a promoção e prevenção das doenças.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Rio Branco, capital do Estado Do Acre tem uma população de 357.194 habitantes, o sistema de saúde do município consta de 53 Equipes de saúde da família com atenção a saúde bucal, 10 Programas de agentes comunitário de saúde, 02 NASF, 01 Equipe de consultório na rua e 01 Centro de Especialidades Odontológicas; tem também 01 Hospital de Urgência e Emergência com pouca capacidade de infraestrutura para atender a demanda da população, mas já esta em construção a ampliação desse hospital, também temos 01 hospital das clinicas onde se encontra todas as especialidades medicas, e os usuários fazem a maioria dos exames de imagem e outros que são solicitados pelos médicos, este hospital também atende pacientes de outros municípios que são encaminhados por falta de especialistas e insumos; e por isso que os usuários do SUS reclamam muito porque em dependência da especialidade e do exame solicitado a atenção pode demorar entre 03 meses como mínimo há anos ficando na espera, e piorando seu estado de saúde.



Figura 1: Vista aérea de Rio Branco, AC. Fonte: Google

Trabalho na UBS Platilde Oliveira Da Silva, no bairro Tancredo Neves que fica na área urbana do município, a UBS esta vinculada diretamente com o SUS e tem também vinculo com instituições de ensino onde geralmente recebemos estagiários de enfermagem, contamos com duas equipes de trabalho, com 02 medicos, 02 enfermeiras, 16 Agentes de saúde, 01 coordenadora administrativa, 2 pessoas para fazer a limpeza geral, só

tem uma técnica de enfermagem e um odontólogo. A UBS tem área de abrangência definida onde minha equipe tem uma população de 2.642 pessoas, mas o atendimento é para todo mundo que procura atenção sejam fora da área ou de áreas descobertas. A divisão por faixa etária é a seguinte: menores de 01 ano são 08 crianças, 1- 4 anos: 138 crianças, de 5-6 anos: 123 crianças, 7- 9 anos: 164 crianças, 10-14 anos: 341, de 15-19 anos: 276 adolescentes, 20-39 anos: 987, 40-49 anos: 311 pessoas, 50-59 anos: 149 pessoas, e maiores de 60 anos: 145 pessoas. Temos um total de 777 famílias cadastradas. Minha área de abrangência não está totalmente coberta pelas Agentes de Saúde Comunitária. A maioria das casas construídas são precárias e inadequadas, onde a população tem baixa escolaridade e classificados nos estratos econômicos D e E, o tratamento da água dos domicílios é por cloração em 74% das viviendas, o abastecimento de água em 96% e por rede pública, os tipos de casa 43% são de madeira e um 41% de tijolo/adobe, o destino do lixo 99% é por coleta pública; os destinos de fezes e urina em 40% é mediante fossas, 31% por sistema de esgoto e um 28% por céu aberto; e um 98% tem energia elétrica.

Em relação à estrutura física da UBS ela é nova contamos com 3 consultórios médicos, 2 consultórios para os enfermeiros, 1 consultório odontológico, 1 sala de curativo, 1 sala de procedimento, 1 sala de imunização, 1 farmácia, 1 sala de administração, 1 recepção e/ou sala de espera, 1 sala de almoxarifado, 1 sala de esterilização, 1 sala de expurgo, 1 sala de reunião, 1 copa, 2 banheiros para os funcionários e 2 banheiros para os usuários, e 1 sala para depósito de limpeza a maioria dos espaços são com ar condicionado, boa iluminação e ventilação. As deficiências que tem a UBS com respeito à infraestrutura têm a ver com os espaços dos ambientes que são mais pequenos que o ideal, os consultórios não têm banheiros privados, não tem sala para as agentes de saúde, o material das paredes não são as corretas para fazer uma boa limpeza e desinfecção e o chão não é de material antideslizante e fica perigoso depois da limpeza. A única barreira arquitetônica que eu vejo são as calçadas inadequadas e as ruas com buracos por ser de terra isso dificulta o deslocamento de pessoas idosas e com capacidades diminuídas e também em tempo de chuva fica perigoso para qualquer pessoa sofrer uma queda. Dentro da gestão que

podemos fazer para melhorar essas dificuldades que tem a estrutura da UBS e fazer uma carta assinada por todos os funcionários para enviar a autoridade competente explicando o problema da infraestrutura e da rua onde fica a UBS e os perigos que podem causar aos usuários, já que não esta em nossas mãos a solução desses problemas. Em relação ao equipamento e instrumentos em condições satisfatórias temos a maioria deles, mas sempre estão em falta algumas coisas y as que temos não fazem manutenção continuamente; A parte odontológica e uma das mais completas em questão de equipamentos e instrumentos, mas não adianta porque não temos o recurso humano suficiente para atender a demanda da população, os agentes de saúde que trabalham na UBS não tem quase nenhum tipo de material para fazer seu trabalho na comunidade como, por exemplo, tensiometro, estetoscópio, glicosimetro, etc., muito menos meios de locomoção. Em relação ao abastecimento de materiais e insumos para o funcionamento da UBS, o que esta faltando e material para atendimento de pacientes de emergência, quando aparecem pacientes nessa situação o atendimento e inadequado e temos que encaminhar podendo resolver o problema de saúde nesse momento e evitar a saturação nas unidades de pronto atendimento (UPA) alem que quando ativamos o SAMU para fazer o transporte desses pacientes, nem sempre querem atender ao chamado e quando atendem demoram horas para chegar na UBS, em quanto isso temos que fazer nois o atendimento, mas sem insumos nem sempre e possível; A farmácia da UBS não tem nem a metade da medicação que deveria ter e muitas vezes temos que dar recita para comprar medicação, mas como as pessoas são de escassos recursos econômicos não compram a medicação voltando depois com a doença complicada. Dentro da minha governabilidade esta fazer a gestão com o coordenador da UBS elaborando uma lista de todos os matérias e insumos que estão em falta explicando a necessidade dos mesmos a ser entrega na secretaria municipal de saúde, também posso pedir ao coordenador solicitar a manutenção constantes dos equipo e aparelhos utilizados por todos nós.

As maiorias dos profissionais que trabalham na UBS fazem um bom trabalho na atenção de todos os dias, são responsáveis com os horários e as funções que já têm definidas a tempo, mas essas funções não estão em

relação aos objetivos principais da Atenção Básica a saúde e as diretrizes do SUS as quais estão voltadas para a promoção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução dos danos, além de todo isso não se faz estímulo aos usuários no controle social; isso prejudica e atrapalha o trabalho para oferecer uma atenção de qualidade aos usuários do SUS, começando pela forma inadequada de agendamento que toda pessoa seja criança, adulto ou idoso tem que ir de madrugada para pegar ficha mesmo sabendo dos perigos que ficam expostos, ninguém se responsabiliza pela saúde da população, nas visitas domiciliares que todos os dias realizam as ACS não fazem avaliação dos riscos biológicos, psicológicos, da infraestrutura e do relacionamento social das famílias para poder fazer a intervenção, não estão engajados nas ações programáticas de promoção e prevenção de danos à saúde. Penso eu que o problema radica na falta de informação sobre a função que cada profissional tem a cumprir, dentro das alternativas que eu tenho para melhorar esses problemas e fazer constantemente reuniões com as duas equipes, fazer entrega a cada funcionário do material com a função específica de cada um, informar sobre a importância de cumprir os objetivos da atenção primária a saúde, organizarmos para planejar outro tipo de agendamento e programar ações de promoção e prevenção.

Em quanto ao número de equipes de trabalho e o número de profissionais que compunham cada equipe são insuficientes para a população adstrita tendo em conta que temos áreas descobertas e muita demanda de atenção de pessoas fora de área, já foi proposta a adesão de uma terceira equipe o que está sendo analisado pela secretaria de saúde do município já que temos a infraestrutura para receber uma equipe mais e poder melhorar o nosso trabalho. O acolhimento e atenção à demanda espontânea na UBS têm muitas deficiências em relação aos agendamentos para as consultas que não deveriam ser o mesmo dia, também não temos como atender aos usuários com doença aguda de emergência porque não temos os insumos e equipamento necessários, não contamos com retornos agendados, as agentes de saúde são as únicas envolvidas no acolhimento dos usuários; o atendimento médico são 8 horas por dia, consultando uma média de 3 pacientes por hora incluindo pacientes agendados e pacientes

de emergência isto quer dizer que não contamos com o tempo suficiente para atender a demanda espontânea, nos atendemos de acordo a nossa capacidade de trabalho e procurando oferecer uma consulta de qualidade onde além do motivo da consulta brindamos orientações sobre estilo de vida saudável, aleitamento materno e outros temas, mas nem sempre é possível porque a quantidade de pacientes agendados as vezes aumenta; quando o tempo ou o estado hemodinâmico do paciente não permite atender eles são encaminhados para a URAP ou UPA. Penso que todas as dificuldades que temos para oferecer um bom acolhimento e questão de organização; vou continuar insistindo na mudança da forma de agendamento, vou agendar todos os retornos, e também vou solicitar ao coordenador fazer pedido de insumos e equipamentos que necessitamos para atendimento em casos não agudos como, por exemplo, teste de gravidez.

Em relação ao caderno de ações programáticas de maneira geral a distribuição da população por sexo e faixa etária não aparece de acordo com a distribuição da população da mia área de abrangência, vemos uma grande diferencia entre mulheres em idade fértil (10 – 49 anos) as quais na mia área de abrangência soma um total de 1.002 mulheres e a quantidade que esta no caderno de ações programáticas é de 868 mulheres, essas diferencas se repetem em quase todas as faixas etárias onde a população da mia área adstrita é maior que a população do caderno de ações programáticas, as faixas etárias com menor população do que tem o caderno são as gestantes que temos 25 e no caderno da uma media de 39 gestantes, menores de 1 ano que são 08 e no caderno de ação programática a media é de 53 crianças, os maiores de 60 anos onde temos 145 idosos e no caderno de ações programáticas temos uma media de 170, também as pessoas com Hipertensão arterial sistêmica temos registrados um total de 219 pacientes e no caderno de ação programática um total de 465 hipertensos, e diabéticos temos 72 na área adstrita e no caderno de ação programática temos 133 pacientes.

As únicas ações programáticas para a atenção a saúde da criança são o programa de vacinação e o teste do pezinho de acordo a protocolos do ministério da saúde, todas as demais ações que deveriam ser feitas em relação à puericultura, não se faz pelo fato de contar com só uma técnica de

enfermagem para as duas equipes, estas ações são registrados em cadernos específicos e ficam sob a responsabilidade da técnica de enfermagem, mas ela não faz o monitoramento regular destas ações, também não se faz nenhum tipo de ações programáticas em relação a promoção e prevenção das doenças nem atividades de educação constante; fazemos atenção medica as crianças doentes que procuram atendimento medico mediante agendamento no dia e casso esteja com muita dor, febre, vômitos, diarreia são atendidos sem agendamento prévio como pacientes de emergencia. Dentro das ações para melhorar este importante programa esta organizar novamente o serviço de atenção a saúde da criança priorizando que todo menor de 7 dias de nascido seja levado a UBS para sua primeira consulta medica e também fazer a consulta de puerperio da mãe, tirar todas as duvidas que tenha, prevenir riscos de acidentes, orientar sobre amamentação da criança e também a importância de cumprir com o calendário de vacina. Outro fato importante e a prevenção da anemia dando de forma preventiva sulfato ferroso de acordo ao programa do ministério da saúde; Também e importante que toda criança cada mês seja tomado à altura e o peso para poder detectar desnutrição nas crianças; Toda criança tem que sair da UBS com a próxima consulta marcada e nós profissionais de saúde ficar atentos para que todas as crianças tenham sua consulta em dia.

As consultas de pré-natal e puerpério são feitas pelos 2 enfermeiros da UBS com base nos protocolos do ministério da saúde e só quando tem alguma doença são encaminhados com nos clínicos gerais, as gestantes somam um numero total de 40, mas só 25 gestantes são da nossa área de abrangência o que significa um 63% em relação as dados do caderno de ações programáticas, a maioria dos indicadores de qualidade encontra-se entre um 80 e 100% mostrando o bom trabalho na UBS em relação ao pré natal; todas as consultas das grávidas são registradas em prontuários onde são arquivado de forma separada da população, para ter melhor controle o que ajudou no preenchimento do caderno de ações programáticas, e fazer um melhor seguimento das usuárias; onde temos que melhor muito e sobre a avaliação da saúde bucal porque poucas grávidas procuram consulta de prevenção com o dentista, temos que fazer ações programáticas em conjunto com o dentista, e em cada consulta informar sobre a importância da

avaliação a saúde bucal nas gestantes; dentro das ações programáticas que se realiza com as grávidas estão as palestras sobre cuidados durante a gravidez, tipos de parto, cuidados no post parto, cuidados com o recém nascido, e a importância do aleitamento materno, onde elas tiram todo tipo de dúvidas e intercambiam experiências; No puerpério temos melhores resultados onde alcançados nos últimos 12 meses um 91% da atenção as puerperais com indicadores da qualidade da atenção entre 90 e 100% das usuárias consultadas. Penso eu que temos que trabalhar para melhorar e na captação das grávidas e para isso precisamos estar, mas em contato com a população e não só dar atenção assistencialista. É importante levar um melhor controle das grávidas que não assistem as consultas de pré-natal e procurar elas para saber por que não estão assistindo as consultas e brindar mais apoio. Também temos que nos organizar melhor com as agentes de saúde para fazer a busca ativa das gestantes que não estão fazendo o controle pré-natal, para assim evitar a morte ou complicações materna infantil.

Os programas de prevenção de CA de colo do útero e do CA de mama tem sido muito pouco implementado e sem eficiência de rastreamento. As consultas de PCCU são feitas pelo enfermeiro duas vezes na semana com as pessoas que procuram o atendimento de forma voluntária, a consulta é registrado no prontuário médico, a mesma coisa acontece quando procuram consulta para mostrar o resultado dos exames de PCCU todo e informado no prontuário médico esteja alterado ou não o exame, sem ter outra forma de registro específico; Todo isso complica na hora de preencher o questionário e o caderno de ações programáticas porque não tenho como tirar dados para os indicadores de qualidade.

Esse 69% de mulheres entre 25 e 54 anos de idade e 73% de mulheres entre 50 e 69 anos de idade não é indicativo da cobertura de prevenção do câncer de colo uterino e do câncer de mama, e só um número do total de pessoas que temos em nossa área de abrangência; o rastreamento do câncer de mama é feito pelo médico clínico geral quando a paciente apresenta queixas ou pede o exame de rastreamento, igual todo é registrado no prontuário médico sem ter outro tipo de registro. Em outubro nós fizemos uma atividade em um turno de manhã e tarde dedicada as

mulheres e com ênfase nestes programas onde participaram todos os profissionais, os resultados foram excelentes já que tivemos muita aceitação e participação das mulheres, mas de forma geral na UBS não fazemos atividades programáticas focadas em esses programas e tampouco se faz planejamento e monitoramento dessas ações; Dentro das ações que podemos fazer a primeira coisa é nos organizar todos os profissionais para estar cientes da importância da promoção e prevenção do câncer do colo de útero e de mama, organizar a forma de registro das usuárias, dos exames citopatológicos, registros de controle e principalmente ter um registro dos exames alterados para fazer um controle e seguimento das usuárias; Temos que fazer grupos e palestras com mulheres nessas idades para informar os fatores de risco, como podemos prevenir, sobre os sinais e sintomas dessas doenças, da mesma forma Temos que melhorar o trabalho de rastreio com as agentes de saúde que são a ponte de comunicação entre nós e a comunidade, para que elas façam a pesquisa casa por casa das mulheres em essa idade que nunca fizeram o PCCU, ou exame da mama e sejam orientadas procurar a UBS ou também as mulheres em atraso ou com a doença para fazer o seguimento; é importante ter uma Constância na hora de ofertar e realizar as ações programáticas e educativas desses programas para assim acostumar a população a fazer sua consulta e seu rastreamento sem necessidade de ter uma queixa específica.

Os programas de hipertensão na nossa UBS não está funcionando por falta de organização, nos médicos consultamos todos os dias e nos dois turnos atendemos as pessoas com hipertensão e diabetes que procuram atendimento de forma voluntária, nessa consulta aproveitamos para fazer os exames de controle, mapeamentos da pressão arterial e glicemia, orientações sobre alimentação saudável, exercício físico, o cumprimento da medicação, e no caso da diabetes orientações sobre o cuidado dos pés; a falta de registro específica e arquivo separado das pessoas com hipertensão e diabetes prejudicou muito na hora de preencher o caderno de ações programáticas, os dados do total de pacientes com HAS e DM na área de abrangência foram proporcionados pelos cadastros das agentes de saúde e os dados preenchidos nos indicadores de qualidade são estimativos mais em relação às pessoas atendidas; Temos muito para melhorar e principalmente acionar novamente

esses programas na UBS para assim aumentar a cobertura de usuários com HAS e DM, prevenir casos novos e levar um bom controle de qualidade dos doentes já diagnosticados; Dentro das ações para melhorar o atendimento das pessoas esta nos organizarmos todos os profissionais para que em conjunto podamos planejar e reorganizar esses programas, temos que melhorar a forma de registro das pessoas para ter um melhor controle da doença, fazer o atendimento de acordo ao protocolo do Ministério da saúde, fazer atividades com grupos de pessoas saudáveis e em risco para prevenir essas doenças, fazer atividades com grupos de pessoas que estejam com as doenças, também junto com as agentes de saúde fazer rastreamentos para HAS e DM orientando as pessoas em risco fazer consulta medica , também e importante engajar ao dentista para ele ter um dia dedicado ao diagnostico e tratamento de problemas de saúde bucal das pessoas com hipertensão e diabetes.

Em relação a saúde do idoso eles podem consultar todos os dias da semana nos dois turnos e na hora do atendimento eles tem preferência para ser os primeiros em ser atendidos, também temos um dia na semana (quinta feira) exclusivo para atendimento de pessoas idosas no turno da manha; faço visita domiciliar todas as quartas feiras a tarde aos idosos que estão acamados o que não podem comparecer na unidade por diferentes fatores, as visitas são agendadas pelas Agentes de saúde em dependência do caso e necessidade do paciente; por outro lado por mais que temos consultas para os idosos não estamos oferecendo a atenção como deveria ser, por exemplo, não cumprimos o protocolo de atendimento a pessoa idosa, não fazemos ações de promoção e prevenção, não temos a caderneta do idoso para oferecer, a forma de registro não e a adequada porque todo informamos no prontuário medico o que dificulta na hora de tirar informações já que os prontuários estão misturados com todos os prontuários da população, isso prejudicou enormemente para eu poder preencher os indicadores de qualidade no caderno de ações programáticas; Temos um numero significativo de pessoas com 60 anos o mais dentro de nossa área de abrangência, elas constituem, um 85% nessa faixa etária penso eu que estamos tendo uma boa cobertura, mas o problema radica no atendimento e organização da UBS isso esta refletida nos indicadores de

qualidade do caderno de ações programáticas os quais não consegui preencher nenhum porque não tenho a essas informações e tem ações que não se fazem. Neste caso temos muito que fazer para melhorar e brindar uma atenção de qualidade as pessoas idosas, dentro das principais ações estão à organização da UBS enquanto ao atendimento do idoso, todos os profissionais precisam saber que existe um programa de atenção ao idosos que todos temos que cumprir, também todos devemos saber o estatuto do idoso, também temos que nos organizar em quanto ao registro, devemos ter um arquivo específico para os registros dos idosos e desse modo levar um melhor controle, e necessário organizar ações como palestras, atividades em grupo para fazer promoção de hábitos de vida saudáveis, alimentação saudável, saúde mental, obesidade, sedentarismo, em conjunto com as agentes de saúde podemos programar visitas nas casas de pessoas idosas para avaliar as condições da moradia, avaliar os riscos de queda e acidentes, se tem condições básicas necessárias, tipo de família e todo o que tenha a ver com as condições biopsicosocial; Junto com os profissionais odontólogos temos que organizar o atendimento específica para pessoas idosas, deixar marcado um ou dois dias na semana para atendimento exclusivo aos idosos e também fazer promoção sobre a saúde bucal; na consulta medica e importante programar a avaliação da capacidade funcional global do paciente, tendo o resultado podemos atuar para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa; o mais importante de todo e fazer ações para preservar a funcionalidade e porem sua autonomia da pessoa idosa.

O principal desafio que temos e de fazer o atendimento tradicional atendendo só a demanda da população de forma assistencialista e começar a conscientizarmos para oferecer um atendimento sobre as bases da atenção primaria de saúde, oferecer mais ações programáticas de promoção, prevenção e educação constante a saúde, fazer atividades domiciliares e, articulação com a comunidade; e importante fazer funcionar de novo todos os programas que tem o ministério da saúde para as UBS desse modo diminuiríamos a prevalência, incidência e complicações de muitas doenças dentro de nossa área de abrangência; também temos que

começar a implementar de forma correta as diretrizes do SUS desse modo podemos trabalhar como uma verdadeira Unidade Básica da saúde.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Fazendo uma comparação entre o texto inicial sobre a situação da ESF e o relatório da análise situacional, vemos que o primeiro fala de forma muito geral e pouco específica sobre a situação e o trabalho da UBS. Agora neste ultimo relatório temos de forma mais profunda e abrangente a realidade de nossa UBS e a comunidade como, por exemplo, os referentes à estrutura da unidade, serviços prestados aos nossos usuários, a composição da equipe, também a logística, materiais e insumos; todos eles segundo os parâmetros que exige o Ministério de Saúde Brasileiro. Dessa forma, com a análise situacional foi possível detalhar processos e aspectos como serviços prestados, dados populacionais, o trabalho com grupos específicos e programas, oferecendo uma melhor avaliação através de indicadores que puderam ser melhorados para beneficiar os nossos usuários com ações desenvolvidas para mudar o estilo e modo de vida da população e para poder fazer a uma boa intervenção.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas existem vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% das pessoas com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. O diabetes atinge todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas e, na população adulta, sua prevalência é de 7,6%. Estas doenças levam com frequência à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, sua família e a sociedade. Quando diagnosticadas precocemente estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações. Com o correto acompanhamento e tratamento, é possível retardar sua progressão e as perdas delas resultantes. Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade, como também evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna.

A Unidade Básica de Saúde Platilde Oliveira Da Silva, localizada no município de Rio Branco – AC, possui duas equipes de saúde da família. A equipe Platilde I é composta por um médico, um enfermeiro, seis ACS, que cumprem também a função de recepcionistas e atendem na farmácia, sendo que cada um é responsável por um turno, uma técnica de enfermagem e um odontólogo. A equipe Platilde II, da qual faço parte, é composta por uma médica, um enfermeiro, dez ACS, que também fazem a função de recepcionistas e atendem na farmácia e uma técnica de enfermagem. Esta equipe não possui odontólogo. A UBS tem duas higienizadoras e uma coordenadora administrativa. Temos designado três áreas de abrangência das quais duas áreas são cobertas por minha equipe de saúde que soma um total de 2.642 pessoas, mas os dados não são atualizados e os ACS estão trabalhando nesse cadastro. A infraestrutura da unidade é nova, com três consultórios médicos, dois consultórios para enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de curativo, uma sala de procedimento, uma sala de imunização, uma farmácia, uma sala de administração, uma recepção e/sala de espera, uma sala de almoxarifado, uma sala de esterilização, uma sala de expurgo, uma sala de reunião, uma cozinha, dois banheiros para os profissionais e dois banheiros para os usuários e uma sala para depósito de limpeza.

De acordo com o caderno de ações programáticas, a população alvo estimada da área adstrita é de 465 hipertensos e 133 diabéticos. Porém, existem apenas 232 pessoas com HAS e 86 com DM cadastrados no SIAB pelas ACS e atendidos na UBS, o que equivale às coberturas de 50% e 65%, respectivamente. O atendimento para estes usuários não é de qualidade, já que não estamos fazendo a atenção de acordo com o protocolo de HAS e DM do Ministério da Saúde. Não existem registros suficientes na UBS para avaliar o serviço. O único registro existente é de que 56% dos diabéticos realizaram exame físico dos pés e palpação dos pulsos tibial e pedioso nos últimos 3 meses. No momento não há ações de promoção a saúdes desenvolvidas na unidade, apenas aquelas que são orientadas no consultório.

O projeto de intervenção será realizado com a participação de toda a equipe de trabalho, onde os ACS terão um papel fundamental com a função

de buscar e inserir no programa a maior quantidade de usuários com diabetes e hipertensão. Além disso, deverão mobilizar a população alvo da área para quando haja ações em grupo sobre promoção de saúde e informação acerca das doenças. O enfermeiro e a técnica farão sua parte realizando a verificação da pressão arterial, pesando e medindo a altura das pessoas, medindo a glicemia capilar com o glicosímetro e ajudando também na organização dos registros e arquivos dos prontuários de pacientes hipertensos e diabéticos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS Platilde Oliveira da Silva, em Rio Branco-AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta1.1 - Cadastrar 70% das pessoas com hipertensão no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta1.2 - Cadastrar 70% das pessoas com Diabetes Mellitus no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade de atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1 - Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com Hipertensão.

Meta 2.2 - Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com Diabetes.

Meta 2.3 - Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com Diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4 - Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 - Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.8 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1 - Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas à consulta na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 - Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosa à consulta na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1- Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2 - Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 5 - Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1 - Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2 - Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 6 - Promover a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1 - Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 - Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7 - Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8 - Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido em um período de 12 semanas na UBS Platilde Oliveira da Silva, no município de Rio Branco-AC. Participarão da intervenção 402 pessoas com hipertensão e 99 usuários portadores de diabetes com 20 anos ou mais residentes no território da UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 Ampliar cobertura de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Uma ACS e a médica vão ser encarregadas de pegar os cadastros de toda a unidade para fazer o monitoramento das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no programa, na sexta-feira de cada semana.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir o registro das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no programa

Detalhamento: Os usuários cadastrados no programa terão um arquivo exclusivo, onde cada pasta vai conter o prontuário do usuário e a ficha espelho, o que será mais fácil e prático para a busca e registro de cada usuário.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários com hipertensão e diabetes

Detalhamento: Cada usuário vai ter sua consulta agendada pela sua ACS, de acordo com o protocolo para hipertensão e diabetes. Se precisar de atenção em caso de alguma outra doença ou situação aguda, será atendido no momento que precisar.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde

Detalhamento: Se houver falta de algum material para realizar essas ações, será feito pedido correspondente ao coordenador. No momento, a UBS possui estes equipamentos em condições de uso.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: As ACS serão as encarregadas de informar a população sobre o programa de hipertensão e diabetes durante as visitas domiciliares. Na UBS, colocaremos um aviso para que os usuários que chegam para consultar saibam do programa. Cada profissional, nas consultas, também informará sobre o programa.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: As ACS, nas visitas domiciliares, e demais profissionais, nas consultas médicas e de enfermagem, informarão sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg

Detalhamento: As ACS, nas visitas domiciliares, e demais profissionais, nas consultas médicas e de enfermagem, informarão sobre a importância do rastreamento da DM neste caso.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes

Detalhamento: As ACS, nas visitas domiciliares, e demais profissionais, nas consultas médicas e de enfermagem e nas atividades em grupo e palestras, informarão sobre os fatores de risco para desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de pessoas com HAS e DM de toda área de abrangência da unidade de saúde

Detalhamento: Na primeira semana, faremos a capacitação das ACS na UBS sobre o cadastramento e o protocolo para HAS e DM

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito e para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Na primeira semana, faremos a capacitação correspondente a essas tarefas, para que ocorram de acordo com o protocolo e para inclusão dos usuários diagnosticados no programa.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com HAS e DM.

Detalhamento: Através dos registros em prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, será feito monitoramento semanal de quantos usuários realizaram o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo para HAS e DM do Ministério da Saúde.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com HAS e DM.

Detalhamento: Em reunião de equipe será definido que os usuários serão acolhidos primeiro pelas ACS. Logo, serão atendidos pela técnica de enfermagem para medir peso e altura, aferir a pressão arterial e a glicemia com o hemoglicoteste e, em seguida, serão encaminhados para o atendimento médico.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Será programada para a primeira semana de intervenção uma capacitação dos profissionais sobre o protocolo para HAS e DM.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuarios e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: As ACS, nas visitas domiciliares, e demais profissionais, nas consultas médicas e de enfermagem e atividades em grupo informarão sobre a importância deste exame.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: na primeira semana faremos a capacitação da equipe na UBS sobre o exame clinico apropriado para os portadores de HAS e DM do programa.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento: Através do registro em prontuários, será feito monitoramento semanal dos usuários que realizaram o exame clínico dos pés de acordo com o protocolo para HAS e DM do Ministério da Saúde.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas com DM.

Detalhamento: Em reunião de equipe será definido que o exame clínico dos pés será realizado pelo médico na consulta.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento: Será programada para a primeira semana de intervenção uma capacitação dos profissionais sobre o exame dos pés das pessoas com DM de acordo ao protocolo.

Ação: Providenciar junto à gestão o monofilamento 10g para exame dos pés. **Detalhamento:** Na primeira semana, a equipe irá fazer uma reunião com a coordenadora da UBS para gestionar o pedido do monofilamento.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas com HAS e DM provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será agendado um dia da semana para atenção exclusiva dos usuários com HAS e DM provenientes das buscas domiciliares e os que procuram atenção médica sem agendamento prévio.

Ação: Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes e hipertensão que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento: Orientar ao usuário que solicite e traga preenchida a contra-referência da consulta especializada que for realizada.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: As ACS, nas visitas domiciliares, e demais profissionais, nas consultas médicas e de enfermagem e atividades em grupo informarão sobre a importância deste exame.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: Será programada para a primeira semana de intervenção uma capacitação dos profissionais sobre o exame dos pés das pessoas com DM de acordo ao protocolo do MS.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos portadores de hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos portadores com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de portadores de HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada no protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Através dos registros em prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, será feito monitoramento semanal de quantos usuários estão com os exames complementares em dia, sendo possível identificar aqueles que devem ser buscados para sua realização.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Na consulta médica agendada, será feita a solicitação de exames de acordo com o protocolo para todos os usuários cadastrados.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: A equipe tem acordado com a gestão que o período de espera seja menor que o normal. Assim, os resultados devem demorar a metade do tempo para serem entregues.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade e a periodicidade da realização de exames complementares.

Detalhamento: As ACS, nas visitas domiciliares, e demais profissionais, nas consultas médicas e de enfermagem e nas atividades em grupo e palestras, informarão sobre a periodicidade preconizada para realizar exames complementares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Na primeira semana de intervenção, faremos a capacitação da equipe sobre o protocolo adotado, incluindo a solicitação de exames complementares.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Através dos registros em prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, será feito monitoramento semanal de quantos usuários estão tendo acesso a esses medicamentos.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Será realizado pelo medico e o ACS o controle de estoque de medicamento uma vez no mês.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados na UBS.

Detalhamento: Depois de fazer o controle do estoque de medicamento será feita uma lista dos medicamentos em falta, os próximos a terminarem e os que têm data de expiração curta, para ser entregue a coordenadora e ela tomar as providências correspondentes.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Os usuários serão orientados quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obtê-los nas consultas e nas visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será feito estudo pelos médicos sobre o tratamento atual da hipertensão e diabetes e também será solicitada à Secretaria da Saúde uma atualização sobre estes temas para todos os médicos.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Na primeira semana de intervenção será feita a capacitação a todos os membros da equipe sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar as pessoas com HAS e DM que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Através dos registros em prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, será feito monitoramento semanal de quantos usuários já tiveram a saúde bucal avaliada, sendo possível identificar aqueles que ainda não realizaram e devem ser buscados para este fim.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e DM.

Detalhamento: As consultas serão programadas para que haja a avaliação de saúde bucal pelo médico ou enfermagem, que organizarão uma lista daqueles que necessitam de atendimento odontológico, para posterior encaminhamento.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente as pessoas com HAS e DM.

Detalhamento: As ACS, nas visitas domiciliares, e demais profissionais, nas consultas médicas e de enfermagem e nas atividades em

grupo e palestras, informarão sobre a necessidade da avaliação de saúde bucal.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Na primeira semana, será feita a capacitação da equipe, através do dentista, para que possam realizar avaliação de saúde bucal dos usuários.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e diabetes ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Através dos registros em prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, será feito monitoramento semanal de quantos usuários estão com consulta em dia e quais usuários faltosos devem ser procurados pelos ACS.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Depois de ter identificado os faltosos, eles serão procurados no seu domicílio pelos ACS para agendamento da consulta. Se mesmo assim, seguirem faltando, agendaremos a visita domiciliar pela médica.

Ação: Organizar a agenda para acolher os usuários com HAS e DM provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A agenda da unidade terá reserva de horários para atendimento dos usuários buscados, de acordo com a necessidade identificada a cada semana.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: As ACS, nas visitas domiciliares, e demais profissionais, nas consultas médicas e de enfermagem e nas atividades em grupo e palestras, informarão sobre a importância de realizar as consultas nas datas programadas.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação aos usuários com HAS e DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Na primeira semana de intervenção, os ACS serão capacitados na UBS sobre o tema em questão, para que possam repassar as informações aos usuários.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos portadores com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos portadores com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de portadores de HAS e DM acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Através dos registros em prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, será feito monitoramento semanal em relação à qualidade desses registros, verificando se todos os documentos estão sendo corretamente preenchidos.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: As ACS são as encarregadas de manter as informações no SIAB atualizadas a cada dia de atendimento.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Para o acompanhamento do usuário, será utilizado o prontuário clínico e uma ficha espelho específica para portadores de HAS e DM.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Toda a equipe terá responsabilidade de realizar os registros sempre que fizer algum atendimento na unidade.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Durante uma reunião, na primeira semana, será definido que o responsável por monitorar os registros será o médico junto com uma ACS diferente a cada semana.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: As ACS, nas visitas domiciliares, e demais profissionais, nas consultas e nas atividades em grupo e palestras, informarão sobre a possibilidade do usuário ter acesso ao seu prontuário e outros registros.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do portadores de HAS e DM.

Detalhamento: Na primeira semana de intervenção, a equipe toda será capacitada para que faça o preenchimento correto dos instrumentos de registro a serem utilizados.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Na primeira semana de intervenção, a equipe toda será capacitada para que faça o preenchimento correto dos instrumentos de registro a serem utilizados.

Objetivo 5) Mapear pessoas portadoras de hipertensão e diabetes com de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários com HAS e DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Será feito monitoramento semanal através de prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados de quantos usuários já realizaram a estratificação de risco, sendo possível também identificar aqueles que ainda devem ser buscados para sua realização.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Para os usuários que forem identificados como sendo de alto risco, haverá prioridade de agendamento para consulta, sempre que necessário.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários quando ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: As ACS, nas visitas domiciliares, e demais profissionais, nas consultas e nas atividades em grupo e palestras,

informarão sobre o nível de risco apresentado e o acompanhamento indicado para o seu caso.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: As ACS, nas visitas domiciliares, e demais profissionais, nas consultas e nas atividades em grupo e palestras, informarão sobre os fatores de risco e como controlá-los.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgão alvo.

Detalhamento: Na primeira semana de intervenção, será a capacitação da equipe mostrando como fazer essa avaliação.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Na capacitação, será ressaltada a importância da estratificação de risco ser registrada corretamente para que seja feito o acompanhamento correto do usuário.

Objetivo 6) Promover a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com HAS e DM.

Detalhamento: Com base nos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, será feito monitoramento semanal de

quantos usuários já receberam orientações nutricionais, sendo possível procurar aqueles que ainda devem ser orientados.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar grupos e palestras sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Serão realizadas atividades em grupo e palestras uma vez por semana, onde serão abordados temas relacionados, entre outros, à alimentação saudável.

Engajamento Público

Ação: orientar as pessoas com HAS e DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: As ACS, nas visitas domiciliares, e demais profissionais, nas consultas e nas atividades em grupo e palestras, informarão sobre assuntos relacionados à alimentação saudável e sua importância.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: Na primeira semana, será realizada capacitação da equipe, onde será abordado o tema sobre nutrição e alimentação saudável para pessoas com HAS e DM, para que a equipe possa orientar os usuários.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com HAS.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com DM.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com HAS e DM.

Detalhamento: Através dos registros em prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, será feito monitoramento semanal de quantos

usuários já receberam essas orientações, sendo possível identificar quais ainda devem ser orientados.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar grupos e palestras para orientações de atividade física.

Detalhamento: Dentro das atividades em grupo semanalmente programadas para este grupo, estarão incluídas orientações sobre atividade física, como indicações, tipos e frequência.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com HAS e DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: As ACS, nas visitas domiciliares, e demais profissionais, nas consultas e nas atividades em grupo e palestras, informarão sobre assuntos relacionados à prática regular de atividade física e sua importância.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Na primeira semana, será feita a capacitação da equipe que, dentre outros temas, abordará o exercício físico para pessoas com HAS e DM e sobre como orientá-los.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos portadores de HAS.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos portadores de DM.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos portadores de HAS e DM.

Detalhamento: Através dos registros em prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, será feito monitoramento semanal de quantos usuários já receberam essas orientações, sendo possível identificar quais ainda devem ser orientados.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Detalhamento: Em conjunto com o coordenador da UBS, faremos por escrito a solicitação da compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Engajamento Público

Ação: Orientar aos portadores de HAS e DM tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: As ACS, nas visitas domiciliares, e demais profissionais, nas consultas e nas atividades em grupo e palestras, informarão sobre a possibilidade de realizar tratamento contra o tabagismo.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Na capacitação da equipe, será abordado o tema tabagismo, explicando a equipe como ocorre o tratamento para os usuários com esse hábito.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre a higiene bucal aos usuários com HAS e DM.

Detalhamento: Através dos registros em prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, será feito monitoramento semanal de quantos usuários já receberam essas orientações, sendo possível identificar quais ainda devem ser orientados.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Em cada consulta médica, será reservado um espaço onde falaremos sobre higiene bucal e avaliar a necessidade de atendimento odontológico.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários com HAS e DM e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: As ACS, nas visitas domiciliares, e demais profissionais, nas consultas e nas atividades em grupo e palestras, farão orientações sobre como realizar higiene bucal corretamente.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal

Detalhamento: A capacitação da equipe deverá incluir o tema de saúde bucal, mostrando como deve ser a correta higienização bucal e como proceder a avaliação bucal dos usuários.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta1.1 Cadastrar 70% das pessoas com hipertensão no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta1.2 Cadastrar 70% das pessoas com Diabetes Mellitus no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1 - Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2 - Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3 - Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4 - Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensao com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5 - Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6 - Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7 - Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8 - Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9 - Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 - Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 - Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1 - Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2 - Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1 - Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2 - Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1 - Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2 - Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional

Numerador: Número total de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3 - Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4 - Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5 - Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6 - Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7 - Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8 - Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de hipertensos e diabéticos adotaremos os protocolos do Ministério da Saúde para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (Brasil 2013^a). Começaremos realizando uma capacitação com toda a equipe de saúde para que todos utilizem esta referência na atenção dos usuários. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do atendimento do dia, cada membro da equipe estudará uma parte do manual e exporá o conteúdo aos outros membros, faremos perguntas, aclararemos dúvidas e debateremos sobre o protocolo.

O acolhimento das pessoas com hipertensão e diabetes será feito pelas ACS e pela técnica de enfermagem, que fará a verificação da pressão arterial e da glicemia capilar, além da medição do peso e altura dos usuários. Em seguida, poderá classificar se é necessária atenção imediata por algum problema agudo, se o usuário for idoso para ser atendido de forma prioritária ou se é o caso de agendar a consulta médica. O atendimento clínico das pessoas com hipertensão e diabetes terá um dia na semana (quinta-feira) exclusivo. Mas, se precisaram de atenção médica em qualquer outro dia, serão atendidos normalmente. Durante a consulta médicas, além do exame clínico geral, dos pés em particular e a avaliação ao risco cardiovascular será feitas orientações individuais visando à promoção de saúde.

A organização dos registros específicos do programa será feita pelas agentes comunitárias de saúde, utilizaremos um arquivo específico para armazenar dos prontuários, ficha de hiperdia e a ficha espelho do programa. As fichas espelho serão previamente preenchidas pelas ACS com os dados gerais do usuário. Os dados relativos aos atendimentos serão feitos pelos profissionais, durante suas consultas. Semanalmente, a cada sexta-feira, a médica fará o monitoramento das ações previstas, podendo contar com o auxílio das ACS para realizar essa tarefa. A partir dessa ação, poderão ser identificados os usuários com exame clínico e exames complementares em atraso, com necessidade de avaliação do risco cardiovascular e de avaliação odontológica, entre outros. Assim, esses usuários poderão ser procurados pelas ACS para que seu acompanhamento seja regularizado. Os registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados, que permitirá o cálculo dos indicadores de cobertura e de qualidade do programa. Ao final de cada mês, esses indicadores serão avaliados. A impressão das fichas espelho específicas para hipertensos e diabéticos serão solicitadas a gestão de saúde.

Durante as visitas domiciliares, as agentes comunitárias de saúde farão orientações aos usuários e seus familiares sobre a importância da consulta médica, da periodicidade da mesma, sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, tabagismo, importância da higiene bucal, além de detectar fatores de risco para os usuários e familiares.

Ainda relacionado às atividades de promoção e educação em saúde, organizaremos grupos e palestras para os usuários cadastrados no programa e também para outros que desejem participar. Nesses momentos, a equipe trará informações sobre o diagnóstico, conduta, medicação, complicações das duas patologias, explicaremos a importância da mudança do estilo de vida, falaremos sobre alimentação saudável, a importância da prática física regular, a importância de prevenir complicações e de como preveni-las, os cuidados higiênicos que devem ter estes usuários. Aclararemos todas as dúvidas e aproveitaremos para pedir opiniões dos participantes de como melhorar a qualidade do atendimento. Estas atividades serão feitas uma vez no mês, na própria UBS ou na comunidade sendo que ao fim de cada encontro já será marcada a data e o lugar do próximo encontro. As ACS também irão comunicar as datas e temas dos encontros nas visitas domiciliares.

Serão solicitados à Secretaria Municipal de Saúde alguns exemplares dos Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes, para deixá-los disponibilizados na UBS para estudo e possíveis pesquisas da equipe de saúde sobre essas patologias.

2.3.4 Cronograma

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

O projeto de intervenção em Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Platilde de Oliveira da Silva, no município de Rio Branco, capital do Estado do Acre, começou há três meses. O objetivo geral: “melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão e Diabetes”. Para conseguir este objetivo dividimos em etapas ou em temos objetivos específicos, metas e ações a serem desenvolvidas em três meses de intervenção.

Conseguimos atender, nestas 12 semanas, 114 pessoas com HAS e 31 usuários com DM. Todas foram cadastradas no programa, porém o mais importante foi fazer uma atenção integral, de qualidade, assim as pessoas vão sentir-se acolhidas, satisfeitas e conscientizadas e iremos continuar a intervenção e alcançaremos 100% nos próximos meses.

Posso dizer, de forma geral, que 90% das ações programadas estão sendo implementadas corretamente, algumas com maior facilidade que outras. Um dos problemas diz respeito ao dia a dia, pois nem sempre conseguimos seguir o planejado. Temos tentado cada coisa, sempre com a ajuda da maioria dos funcionários. Os 10% de ações que não estão perfeitas, ainda vamos arrumar nos próximos meses.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Nossa primeira atividade foi a reunião com toda a equipe, conforme figura 1, para informar sobre o programa, os objetivos e como ia ser implementado. Foi pactuada a função de cada profissional, falei sobre as doenças HAS e DM, como

diagnostica-lo, sobre os fatores de risco, o exame físico, o tratamento, as complicações, falamos sobre a organização dentro do posto, os como ia ser os agendamentos, e tiramos todo tipo de duvidas.



Figura 2: Primeira reunião com a equipe de trabalho na UBS

O único tema que, no começo deu um pouco de problema, foi dos agendamentos e atendimento aos usuários, porque na primeira reunião informativa faltaram algumas ACS. Mas fomos conseguindo negociar a rotina dentro da equipe com o passar dos dias. Em relação ao atendimento para fazer o cadastro é importante um atendimento de qualidade, para isso precisamos de aproximadamente 45 minutos por pessoas, então nas quartas-feiras o atendimento é exclusivo para pessoas do programa onde atendíamos oito pessoas em total.

Tivemos uma reunião com a coordenadora e enfermeira da unidade de saúde para ver como podíamos aumentar o numero de usuários cadastrados no programa. Foi um pouco difícil definir pelo fato da população estar acostumada a demanda espontânea e a coordenadora não permitiu diminuir a quantidade de fichas já estabelecidas para eles, e como o atendimento para as pessoas do programa é demorado concluímos que todos os dias vão ser agendado um usuário novo pela manhã e um usuário novo pela tarde, além de atender qualquer dia os agendamentos das pessoas que retornam com resultados de exames pedido no primeiro atendimento. Também planejamos fazer visitas domiciliares para cadastrar pessoas acamados, isso nas quintas-feiras pela manhã. Conforme figura 2.



Figura 3: visita domiciliar

Em relação às outras ações, a maior parte conseguimos fazer, começando pelo exame clínico apropriado, conforme o protocolo do ministério de saúde para HAS e DM. Toda pessoa com Diabetes tem o exame dos pés conforme, figura 3, em dia porque na primeira consulta é realizado o exame. Fizemos solicitação de exame para todos as pessoas atendidas, mas a maioria ainda não retornou, pois os resultados demoram chegar, especialmente nos casos de eletrocardiograma. Nos casos de falta, fazemos busca ativa. As ACS são encarregadas de fazer e agendar os retornos das pessoas. Todos os usuários cadastrados estão com prescrição de medicamentos da farmácia popular em dia. Nossa coordenadora não deixa faltar medições, sempre está fazendo pedidos, isso antes de terminar as medicações.



Figura 4: exame dos pés com monofilamento 10g.

As fichas de acompanhamento estão todas bem preenchidas, todas as pessoas atendidas receberam orientação nutricional, sobre a realização de

atividade física, tabagismo, higiene bucal e sobre os sintomas das complicações das doenças, e importante ressaltar que em conjunto com a enfermeira. Fizemos a solicitação de medicamentos para o programa de tabagismo, a maioria dos usuários são do programa que já começaram. Temos outra lista de pessoas para inserir no próximo grupo de tabagistas. Também fizemos a solicitação e já temos foi o monofilamento de 10 gr. para fazer o exame físico dos pés dos usuários com DM.

Em relação ao arquivo dos prontuários, conseguimos um armário exclusivo para guardar os prontuários separados por pastas com os nomes das ACS para facilitar a busca e monitoramento dos prontuários, conforme figura 4. As ACS sempre são orientadas enquanto a busca ativa de pessoas com HAS e DM, de fazer orientações nas visitas domiciliares, fazer o seguimento de pacientes que precisam agendar as consultas além de ser as primeiras em acolher o usuário na UBS, neste momento estamos contando só com uma técnica de enfermagem para as duas equipes de saúde da UBS então por falta de tempo ela só está fazendo a medição da pressão arterial e o glicoteste, em relação a enfermeira está fazendo o cadastramento das pessoas no programa hiperdia, ela faz entrega da carteira de hipertenso e diabético e também faz orientações quando detecta algum fator de risco, e mantém atualizado o SIAB além de ter a responsabilidade de levar todos os usuários cadastrados na secretaria de saúde, e também faz acompanhamento nas visitas domiciliares.



Figura 5: arquivo de ficha-espelho

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico e orientações sobre higiene bucal foram realizadas por mim. Foram feitas palestras com os

temas programados no quesito promoção de saúde e prevenção de doenças, conforme figura 5.



Figura 6: Atividade de Educação em Saúde

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

O atendimento odontológico não está sendo realizado pelo dentista, porque o único que temos para as duas equipes está de licença Premium, só volta finalizando janeiro. O problema da falta de odontólogo acontece quase todas as equipes da cidade.

Em relação a referência e contra referência, também é um tema complicado, porque, além de ser solicitado de forma escrita no encaminhamento ao especialista, nunca mandam a contrarreferencia. Penso que é porque ainda não foi exigido pelos níveis superiores. A outra atividade que não conseguimos fazer os dois primeiros meses são as palestras, no primeiro mês já tínhamos combinado com uma nutricionista para fazer a palestra, mas ela cancelou na ultima hora por problemas pessoais, depois no segundo mês não deu para organizar por falta de tempo e de coordenação com os demais profissionais, mas nesse ultimo mês foi feito.

Outro ponto importante que estamos fazendo, mas a maior parte não tem ainda, é a estratificação do risco cardiovascular, porque na ficha espelho pedem a avaliação pelo método de Framingham e para fazer essa estratificação tenho que ter resultados de exames, que é uma grande dificuldade. São poucas as pessoas

que já retornaram com os exames prontos e que tem a avaliação do risco cardiovascular.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Na coleta de dados no primeiro atendimento tive um pouco de problema em relação à organização no atendimento, tive que fazer uma lista de todas as perguntas para fazer na anamnese, e todos os pontos do exame físico para não esquecer seguindo o protocolo, mas depois já não precisei porque virou parte da rotina do atendimento, também no primeiro dia não soube o que significavam siglas HGT e que no fluxograma dos exames laboratoriais na ficha espelho, mas perguntei no ponto de encontro da especialização e os colegas me responderam o significado.

Minha maior dificuldade com relação a PCD, sempre aprecia algum erro, algum dado que não batia. Alguns indicadores não concordavam em relação aos usuários atendidos, então tive que fazer uma revisão minuciosa para encontrar o erro e corrigir. Acredito que algumas não algumas perguntas, na PCD, são passíveis de interpretações dúbias e esse foi o grande problema.

Tive a necessidade de ter um caderno pessoal para registrar a cada pessoa nova cadastrada e de retorno, separado pelo nome da ACS isto com o objetivo de me organizar e levar um melhor controle dos usuários.

Uma ferramenta muito importante, na hora de sistematizar os dados, foram os diários semanais, porque nele eu relatava todos os acontecimentos do dia a dia, os problemas e as soluções, quando possíveis, as satisfações, o total de usuários atendidos. Sem ele não teria como resgatar várias informações e teria muitas outras dificuldades para revisar a PCD. Ler o diário e reviver cada semana dá uma satisfação de objetivos cumpridos.

As fotografias também foram muito importantes na hora de sistematizar os dados, porque refletem a realidade do nosso trabalho, dão veracidade aos relatos que fazemos no diário semanal e são lembranças para toda a vida.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Todas as ações desenvolvidas nestas semanas de intervenção, como as reuniões de equipe, as capacitações, o preenchimento da PCD, as anotações no diário sobre nosso fazer, o atendimento clínico e as orientações, já estão praticamente incorporadas à rotina de nossa equipe e continuarão sendo feitas após as 12 semanas de coleta de dados da intervenção, que é a parte acadêmica. Além disso, nosso objetivo neste ano é implantar os programas de saúde do idoso, pré-natal, saúde da criança e ir avançando até implantar todos os focos de atenção recomendado pelo Ministério da Saúde.

O que deve mudar após os 12 meses, é que não serei a única responsável por preencher a PCD e fazer os diários, mas cada programa terá uma pessoa responsável, porém vamos continuar discutindo e distribuindo as atribuições entre a equipe.

4 Avaliação da intervenção

A intervenção tratou-se da melhora na atenção das pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM). Ao iniciar a intervenção a área adstrita tinha uma população estima em 402 pessoas com HAS 99 com DM. A população alvo que participou da intervenção e fez acompanhamento na UBS foi de 114 com hipertensão 31 com diabetes, o que totalizou uma cobertura 28,4% e 31,3%, alcançando ao final da intervenção uma cobertura inferior à meta estabelecida inicialmente que foi de 70% para ambas doenças.

4.1 Resultados

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1. 1 - Cadastrar 70% das pessoas com hipertensão no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

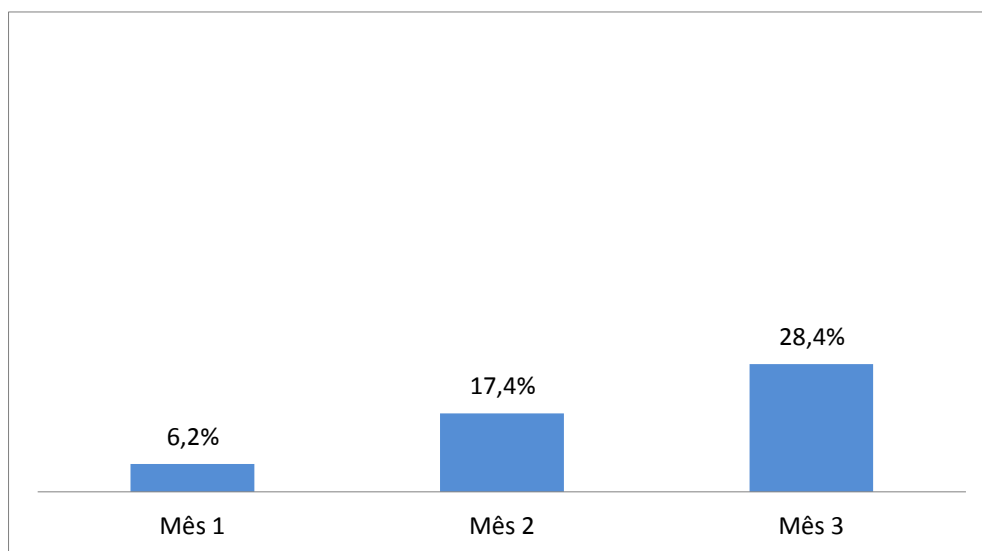


Figura 7: Gráfico com a proporção de cobertura do programa de atenção a pessoas com hipertensão na unidade de saúde

Meta 1.2 - Cadastrar 70% das pessoas com Diabetes Mellitus no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

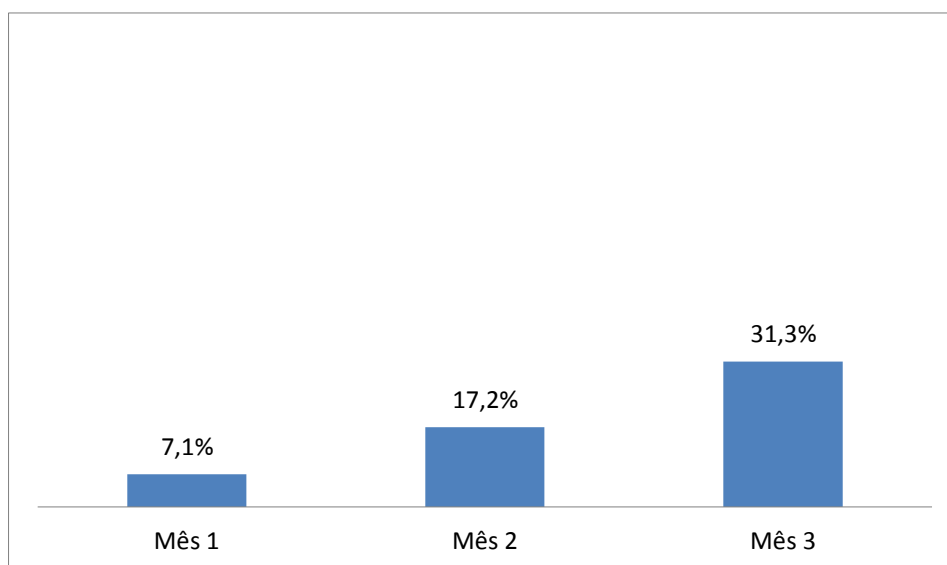


Figura 8: Gráfico com a proporção de cobertura do programa de atenção a pessoas com diabetes na unidade de saúde

No primeiro mês atendemos 25 usuários com HAS, (6,2%) e 07 com DM (7,1%); no segundo mês foram atendidas 70 pessoas com HAS (17,4%) e 17 com DM, (17,2%); por ultimo no terceiro mês alcançamos 114 usuários com HAS (28,4%) e 31 com DM, (31,3%) da cobertura.

O que influenciou no baixo resultado do primeiro mês e parte do segundo, foi a forma como nos organizamos para atender, ou seja, havia apenas um dia

para atender as pessoas com HAS e DM, que são efetivamente o maior grupo a demandar atenção na APS. Além disso, não foi tão fácil habituar-se com o uso do protocolo do Ministério da Saúde. Essas dificuldades iniciais influenciou o engajamento da equipe, acostumada a demanda espontânea e a uma maior quantidade de pessoas sendo atendidas, independente da qualidade.

Como estratégia para aumentar o número de usuários cadastrados, passamos a atender mais um dia na semana e a fazer visitas domiciliares às pessoas acamadas com HAS e DM. Houve melhora no vínculo com os funcionários, o que aumentou significativamente os resultados do terceiro mês, mesmo assim não conseguimos atingir a meta proposta no começo, mas como o programa já está implantado na rotina da equipe, tenho certeza que nos próximos meses estaremos com o 100% de pessoas cadastradas.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e diabetes.

Metas 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

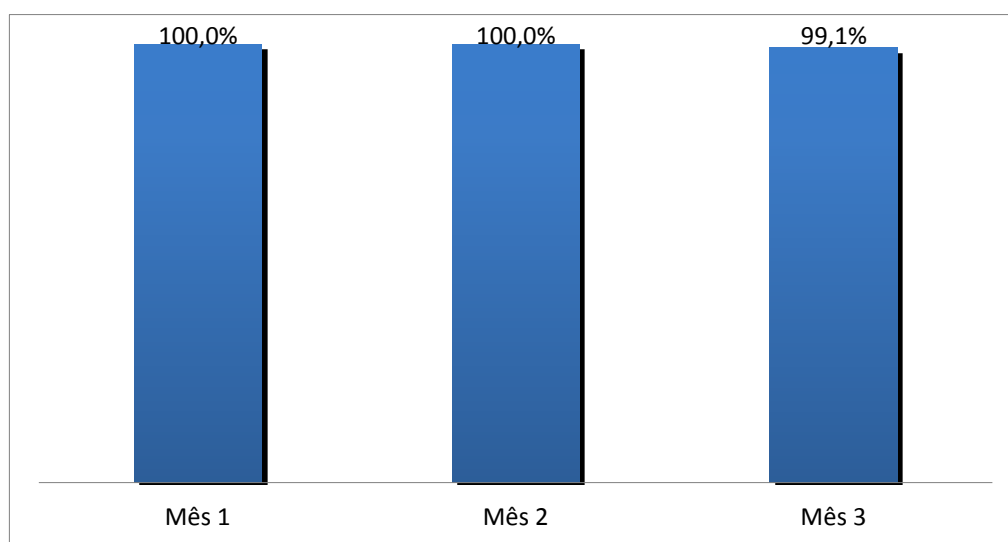


Figura 9: Gráfico indicativo de realização de exame clínico apropriado a pessoas com hipertensão na unidade de saúde

Metas 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

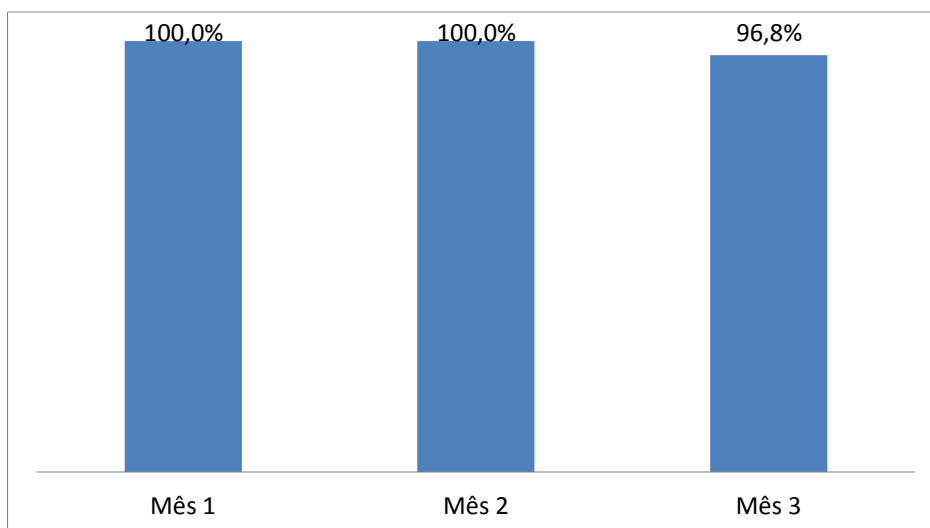


Figura 10: Gráfico indicativo de realização de exame clínico apropriado a pessoas com diabetes na unidade de saúde.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

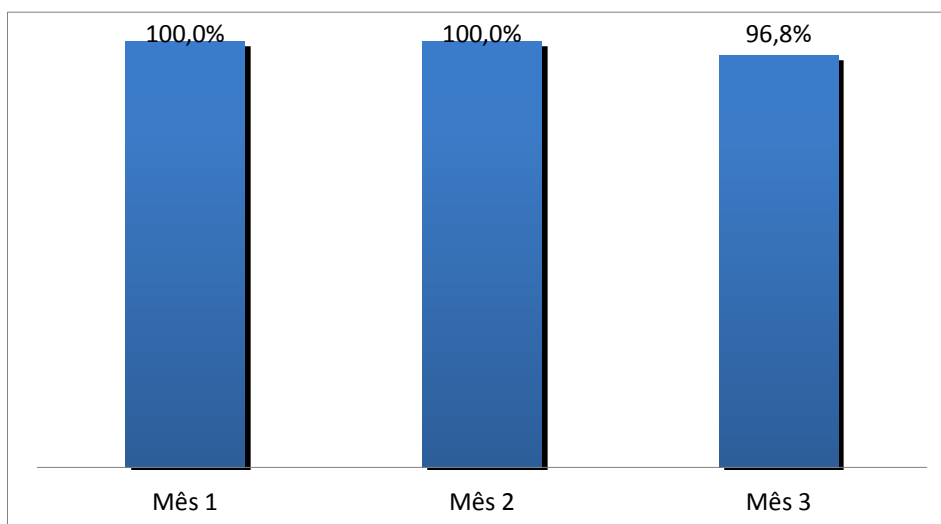


Figura 11: Gráfico indicativo de realização de exames dos pés a pessoas com diabetes na unidade de saúde.

No primeiro mês, foram realizados exames clínicos apropriados em 25 usuários com HAS (100%), e 07 usuários com DM (100%), no segundo mês foram realizados em 70 pessoas com HAS (100%), e 17 pessoas com DM (100%) e no terceiro mês 114 portadores de HAS (99,1%), 31 DM (96,8%) com exames clínicos apropriados.

Todas as pessoas com DM receberam avaliação dos pés.

Nos dois primeiros meses alcançamos 100% da meta, porque Tanto os usuários com hipertensão como os com diabetes, acessaram a UBS, passaram pela triagem de acolhimento pela ACS de turno na recepção, depois eram encaminhados com a técnica para realizar procedimentos como: verificação da pressão arterial, teste de glicemia capilar, e a enfermeira fazia aferição do peso corporal, da altura, cadastrava nas fichas do programa Hiperdia para depois continuar com a consulta medica, onde se realizou o interrogatório exaustivo, exame físico completo, avaliação nutricional, avaliação das medições que usa, orientações de hábitos saudáveis, higiene bucal, e encaminhamento para outras especialidades se fosse necessário. Todos os usuários saíram da consulta com as indicações médicas e com as solicitações de exames complementares, orientados pedir a sua ACS agendar seu retorno quando estiverem prontos os resultados de exames.

Só não conseguimos 100% no terceiro mês por causa de uma usuária que foi atendida e cadastrada no programa, mas tinha outras complicações agudas que precisava de atendimento urgente em UPA.

No primeiro e segundo mês todos os usuários com diabetes foram consultados e tiveram os pés avaliados com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade com monofilamento de 10G.

No terceiro mês ocorreu da mesma maneira, mas não atingimos o 100% por uma usuária que foi cadastrada, mas não conseguimos fazer o exame físico completo porque precisava de atenção medica com urgência em outro nível de atenção e foi encaminhada no mesmo momento, orientamos a retornar para terminar o atendimento em quanto melhorasse para terminar o atendimento.

Foi importante fazer este exame dos pés já que diagnosticamos muitas pessoas com alteração dos pulsos periféricos e outras e menor quantidade com alteração da sensibilidade que nem sabiam que apresentavam essa alteração, em seguida foram encaminhadas para o especialista para avaliação e conduta, e as orientações sobre os cuidados e higiene dos pés foram intensificadas.

Algumas ACS falaram para min que as pessoas que já tinham sido atendidas comentaram para elas e gostaram muito do meu atendimento porque eu examinava ate os dedos dos pés, isso foi muito gratificante para min.

Metas 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo como o protocolo.

Metas 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo como o protocolo.

No primeiro mês 25 pessoas com HAS (100%), e 07 com DM (100%), no segundo mês 70 usuários (100%) com HAS e 17 com DM (100%), no terceiro mês da intervenção 114 pessoas com hipertensão e 31 com DM (100%) saíram do primeiro atendimento com a solicitação de exames complementares seguindo o protocolo do ministério de saúde.

Os exames laboratoriais foram feitos na URAP (unidade de referencia a atenção primaria). Nos primeiros meses os resultados demoravam mais de dois meses para ficar prontos, depois de muitas conversas com os gestores conseguimos diminuir o tempo para aproximadamente um mês. Porém não conseguimos diminuir o tempo de espera para o eletrocardiograma, que demora meses para ser realizado.

Metas 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Metas 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

No primeiro mês, 25 (100%) usuários com HAS e 07 (100%) com DM obtiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular, da mesma forma aconteceu no segundo mês onde 70 pessoas com HAS (100%) e 17 com DM (100%) e no terceiro mês 114 (100%) portadores de HAS e 31 (100%) com DM obtiveram a receita da medicação com medicamentos da farmácia popular.

Importante o papel da coordenadora da UBS que não deixa a farmácia ficar desabastecida, sempre se adiantando as possíveis faltas. Com ajuda da enfermeira reativamos o programa Hiperdia e recadastramos todos os usuários.

Metas 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos portadores de hipertensão.

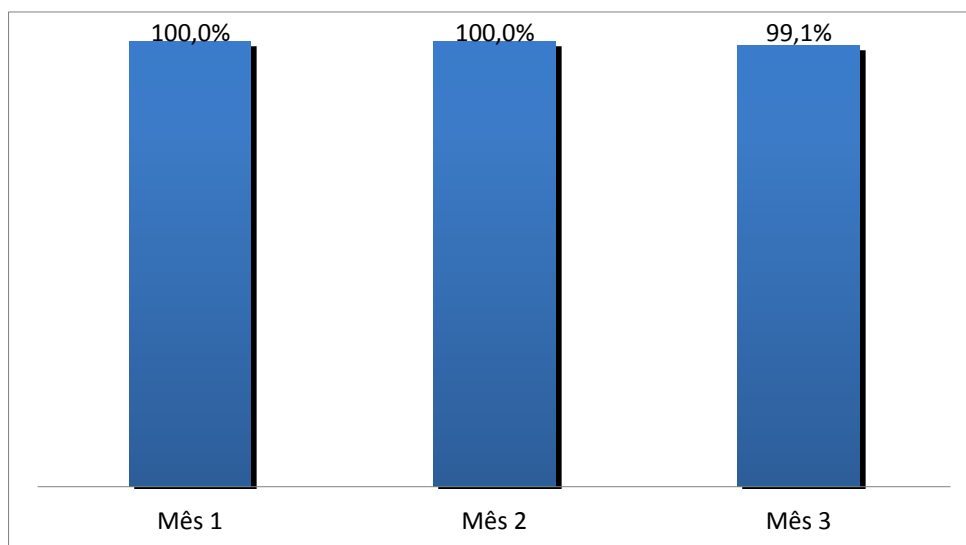


Figura 6: Gráfico indicativo da avaliação a usuários com hipertensão da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde.

Metas 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

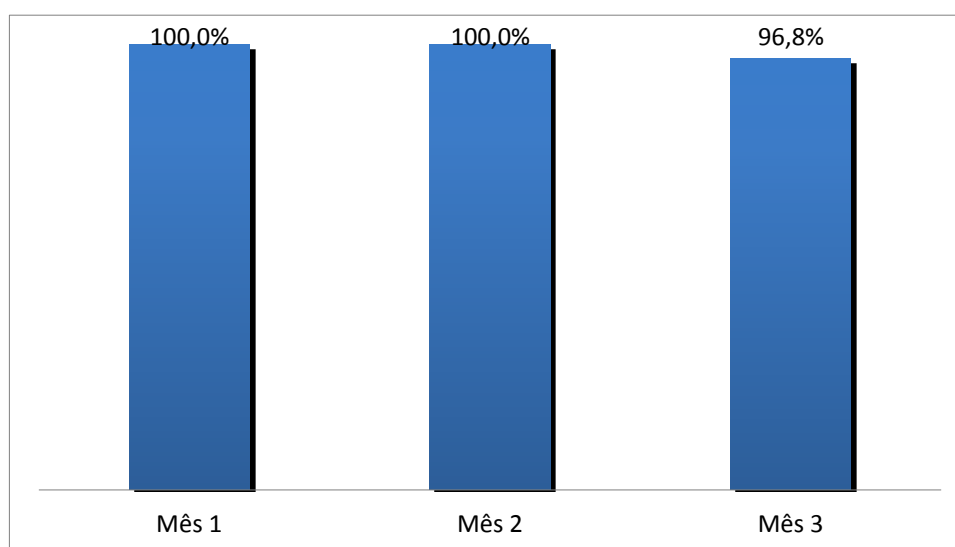


Figura 12: Gráfico indicativo da avaliação a usuários com diabetes da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde.

Este indicador fala sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico que foram no primeiro mês 25 usuários (100%) com HAS e 07 (100%) com DM avaliados, no segundo mês foram avaliados 70 (100%) das pessoas com HAS e 17 (100%) com DM, e no terceiro mês foram 113 portadores de HAS (99.1%), e 30 com DM (96.8%) usuários avaliados.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi realizada a todos os usuários no primeiro atendimento como parte do exame físico, as pessoas que precisavam do atendimento odontológico foram anotadas no caderno de acompanhamento para quando o dentista regressa se da sua licença Premium sejam os primeiros em ser atendidos, porque neste momento não contamos com dentista na UBS. Os principais problemas que encontramos na avaliação odontológica foram à hipodontia e oligodontia, as caries e os tártaros.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e diabetes no programa.

Metas 3.1 Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Metas 3.2 Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Não tivemos pessoas faltosas no primeiro mês de atendimento. No segundo foram 25 (100%) dos portadores com HAS e 07 (100%) com DM, e no terceiro mês foram 84 (100%) usuários com HAS e 17 (100%) com DM.

No segundo e terceiro mês da intervenção tivemos muitos usuários faltosos aos atendimentos.

Em todos os casos as ACS fizeram busca ativa para descobrir o que aconteceu, e o principal motivo foi em grande parte, pela demora em conseguir realizar e/ou receber os exames. Outro motivo também é com as pessoas que trabalham porque precisam se ausentar do trabalho para fazer os exames e não tem permissão para isso.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

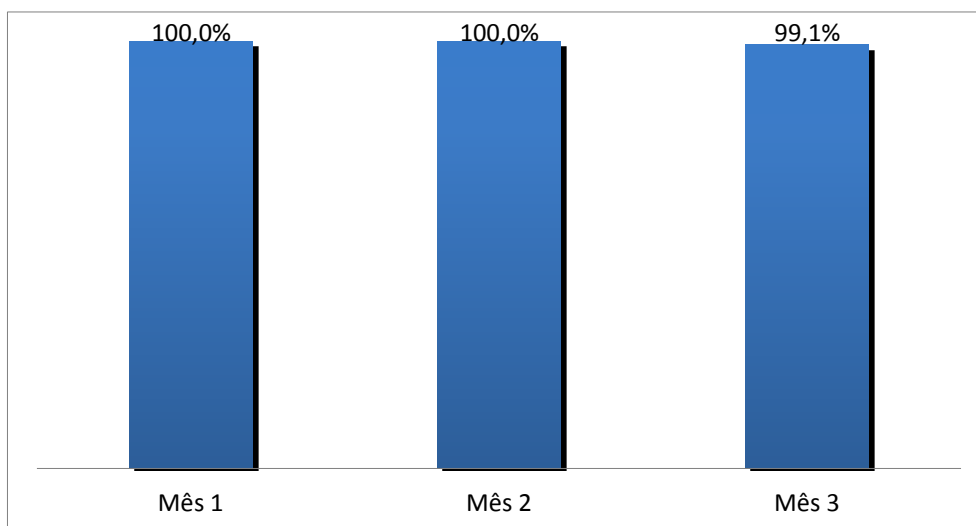


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

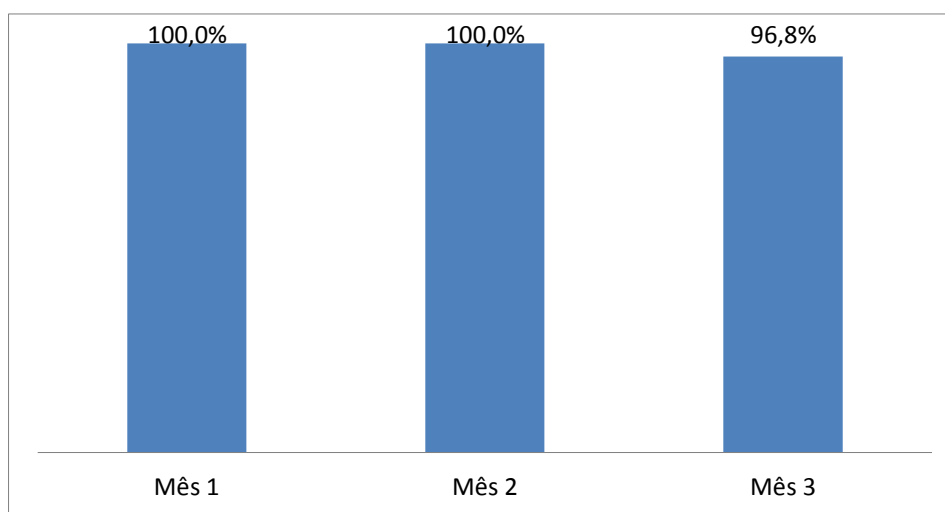


Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde

No primeiro e segundo mês 100% das pessoas atendidas com HAS e DM tiveram um adequado registro na ficha de acompanhamento. Foram 25 pessoas com HAS e 07 com DM, no primeiro mês e 70 com HAS e 17 com DM no segundo mês. No terceiro mês só conseguimos 113 (99,1%) com HAS e 30 (96,8%) usuários com DM. Não conseguimos concluir a ficha durante a consulta para uma pessoa cadastrada, o que foi feito depois.

O que ajudou muito para fazer o registro adequado na ficha de acompanhamento foi a priorização do atendimento com qualidade, por isso a

consulta demorava um aproximado de 45 minutos no primeiro atendimento. Era realizado levantamento de fatores de risco, de antecedentes pessoais e familiares, exame físico completo seguindo o protocolo do ministério da saúde, fazendo as devidas orientações em relação a pratica de atividade física, alimentação saudável, higiene bucal e pessoal, os devidos cuidados dos pés nos portadores de DM. E tudo isso era devidamente anotado no prontuário e na ficha espelho. E significativamente vantajoso ter um adequado registro na ficha de acompanhamento porque ajuda muito na organização, no controle e acompanhamento de cada usuário e também no monitoramento e avaliação do programa.

Objetivo 5 Mapear usuários com hipertensão e diabetes com risco para doença cardiovascular.

Metas 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos portadores de hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

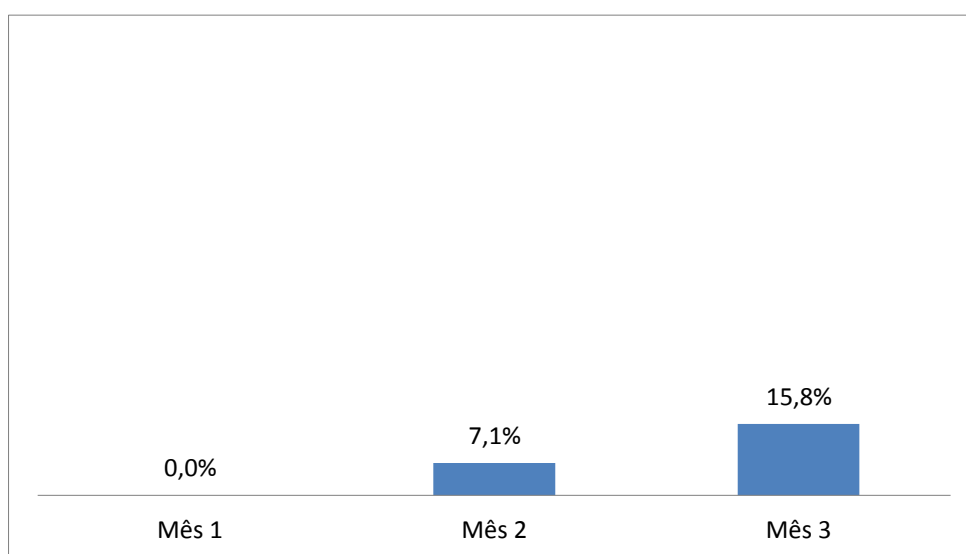


Figura 15: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular na unidade de saúde

Metas 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos portadores de diabetes cadastrados na unidade de saúde.

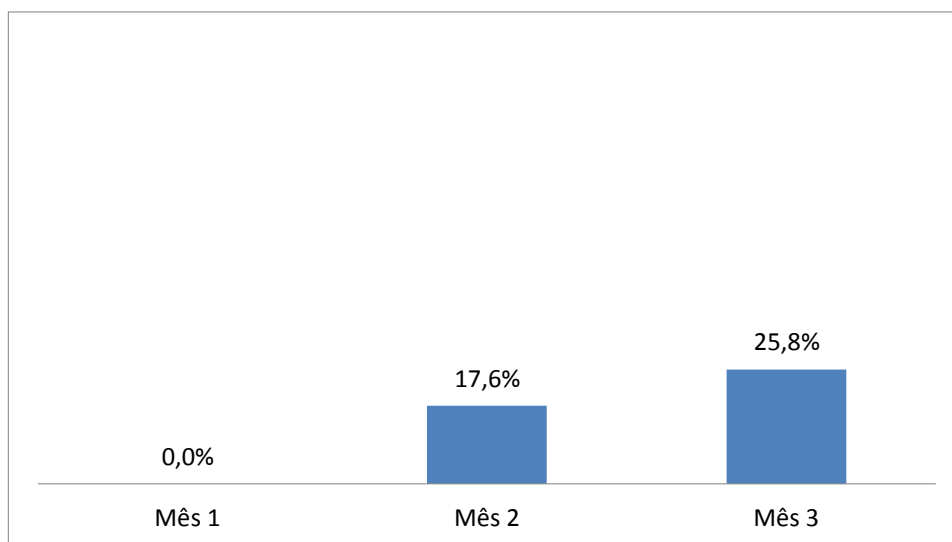


Figura 16: Gráfico indicativo da proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular na unidade de saúde

Na ficha espelho a estratificação do risco cardiovascular foi realizado pelo escore de framingham, o qual dependente de resultados de exames laboratoriais como o de colesterol total e HDL colesterol, além de outros itens. Por isso que no primeiro mês da intervenção a avaliação praticamente não teve resultados. No primeiro mês realizamos os pedidos de exames. No segundo mês só conseguimos resultado para avaliar o risco cardiovascular de 5 (7,1%) usuários com HAS e 3 17,6% com DM. No terceiro mês foram avaliadas 18 (15,8%) pessoas com HAS e 08 (25,8%) com DM. A maior parte dos usuários foram avaliada com risco baixo e médio para doença cardiovascular em 10 anos.

Objetivo 6 Promover a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes.

Metas 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Metas 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.



Figura 17: atividade educativa com ênfase na alimentação.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Meta 6.7 e 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

As metas de promoção de saúde, relacionadas a educação em saúde, foram realizadas praticamente para todas as pessoas cadastradas, com exceção de uma pessoa com hipertensão e diabetes no terceiro mês.

As orientações foram garantidas por meio do atendimento nas consultas, também por meio de ações de promoção de saúde, palestras e bate papo e em visitas domiciliares feito a pessoas com alguma deficiência ou acamados que não conseguem ir para a UBS.



Figura 18: atividade educativa sobre alimentação saudável, atividade física, tabagismo e higiene bucal nas visitas domiciliares.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde Platilde de Oliveira da Silva, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários portadores de DM e HAS, a reativação do programa hiperdia, melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos usuários com DM, o diagnóstico precoce de complicações e a classificação de risco de ambos os grupos. Também foi de muita importância o conhecimento dos portadores de hipertensão e diabetes sobre sua doença, por meio de palestras, orientações saudáveis nas consultas e o acompanhamento desses usuários, na UBS.

A intervenção exigiu que a equipe fosse capacitada para seguir as recomendações do MS, relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, técnica de enfermagem e das ACS.

As ACS são as encarregadas de agendar as consultas das pessoas de sua área de abrangência, além disso, fazem o papel de recepcionista na UBS, buscam e arquivam prontuários e oferecem orientação em relação a alimentação saudável, prática de atividade física, tabagismo e higiene bucal nas visitas

domiciliares que fazem todos os dias na sua área. A técnica de enfermagem faz a verificação de medidas antropométricas, medição da pressão arterial e o teste com o glicosímetro. A enfermeira faz o cadastro no programa de hiperdia, faz visitas domiciliares, e encarregadas do grupo de tabagistas e faz orientações quando encontra fatores de risco.

A intervenção realizada também impacta várias áreas do serviço, na forma de agendamento e acolhimento das pessoas, na organização do serviço, aumentou as atividades de promoção e prevenção dentro da UBS, melhorou o relacionamento e condenação entre os funcionários e aumentou o número de visitas domiciliares com toda a equipe de saúde.

Antes da intervenção, as atividades de atenção a HAS e DM eram concentradas no médico, focadas a resolver o problema que trazia a pessoa no dia, sem o devido acompanhamento. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas de forma mais integral, embora ainda existam desvios de funções importantes. A melhoria no arquivo do registro e o agendamento dos usuários portadores de DM e HAS viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos usuários portadores de DM e HAS têm sido muito importantes para a realização da priorização destes atendimentos.

Como não atingimos uma cobertura de 100% dos usuários com HAS e DM o impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os usuários demonstram satisfação com a qualidade do atendimento, a prioridade no agendamento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização, mas em conjunto com a coordenadora quase todos os dias e feita uma fala rápida na recepção em quanto os usuários esperam ser atendidos informando sobre como tem que ser o trabalho das UBS para as pessoas entenderem a importância dos agendamentos.

Faltou articulação com a comunidade para explicitar os critérios estabelecidos. Um conselho de saúde local e o contato com os líderes na comunidade poderia ter sido útil. Poderíamos ter explicado a necessidade da priorização e discutido a melhor maneira para podermos pô-la em prática.

Neste tempo de conclusão das ações programadas para o projeto, da para perceber que a equipe está integrada e como o programa já está incorporada na

rotina do serviço, iremos superando em conjunto as dificuldades encontradas e outras que poderão surgir. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade, em relação à necessidade de priorização da atenção dos usuários, em especial os de alto risco. A partir do próximo mês, quando teremos disponíveis ACS para a microárea, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos usuários portadores de DM e HAS.

Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar na UBS os demais programas existentes, vamos nos organizar toda a equipe e poder priorizar e decidir qual dos programas que não estão funcionando podemos implementar.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores:

Há aproximadamente dois anos iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso de suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado realizamos uma reorganização no programa de atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes melitus (DM), que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS e poderá servir para todo o município.

Com isso, foi possível implementar o programa de atenção ao portador de HAS e DM seguindo o protocolo do Ministério da saúde, e reativar o programa de atenção as pessoas com HAS e DM, o qual foi de fundamental importância, uma vez que estas doenças constituem a primeira causa de morbimortalidade no mundo e no Brasil. Além de melhorar a cobertura das ações, buscamos melhorar a qualidade do cuidado através de um conjunto de ações sistematizadas, visando melhorar a adesão de usuários ao programa, o registro das informações da unidade, mapear hipertensos e/ou diabéticos para risco doença cardiovascular e promover a saúde da população-alvo.

A área de abrangência da nossa equipe soma um total de 2.642 pessoas, onde a intervenção focou os usuários maiores de 20 anos e segundo as estimativas da VIGITEL (2011), que abastece a planilha de coleta de dados para essas ações, deveríamos ter 402 (22,7%) portadores com HAS e 99 (5,6%)

portadores com DM, onde finalizando os três meses da intervenção conseguimos cadastrar um total de 114 (28,4%) usuários com HAS e 31 (31,3%) usuários com DM.

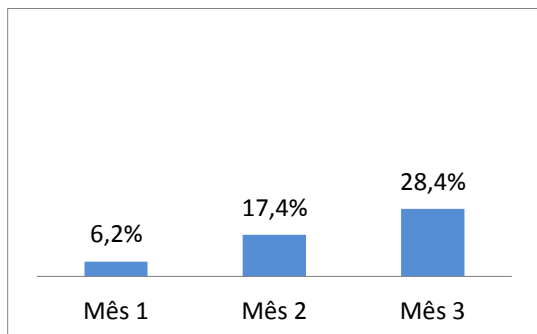


Figura 14: Gráfico com a proporção de cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade e saúde

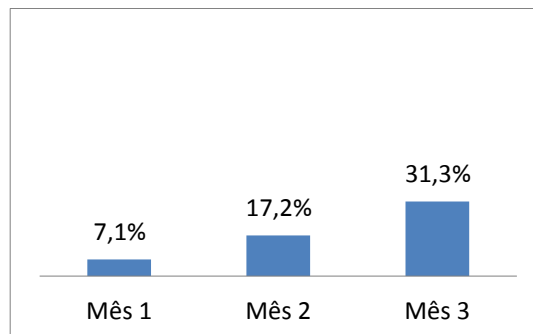


Figura 16: Gráfico com a proporção de cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde

Para esta intervenção, nossa equipe de trabalho passou por um processo de capacitação e organização que abordou diferentes aspectos como a compreensão dos aspectos clínicos da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, a compreensão do objetivo geral do programa e as ações que devemos realizar para alcançar dito objetivo, também definimos as funções de cada membro da equipe, e a organização do acolhimento, atendimento e monitoramento do programa, a fim de realizar uma intervenção com qualidade e um atendimento integral.

Foi assim que os usuários cadastrados no Programa de atenção aos portadores de DM e HAS receberam exame clínico apropriado, exame dos pés em dia para as pessoas com diabetes, realizaram exames complementares e estão em dia, de acordo com o protocolo do Ministério da saúde, receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, paralelamente, fizemos busca dos usuários faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, mantivemos um registro adequado nas fichas de acompanhamento, realizamos estratificação do risco cardiovascular, orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, sobre higiene bucal. Estas ações foram monitoradas mensalmente, por meio das fichas-espelho e da planilha de coleta de dados, ambas disponibilizadas pelo

Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde.

Para garantir uma intervenção de qualidade tivemos que mudar algumas ações dentro da organização na UBS como ser a forma de agendamento, já que toda pessoa do programa tem sua consulta agendada e garantida, os registros e prontuários dos usuários com HAS e DM cadastrados no Programa são arquivados numa vitrina separado do resto da população, temos um dia de atendimento exclusivo para cadastrar pessoas no programa com atenção integral da equipe, promovemos a divulgação da intervenção, fazemos atividades de promoção em saúde mediante palestras, na consulta medica e nas visitas domiciliares.

Apesar de termos desenvolvido uma boa intervenção não conseguimos cadastrar o 100% dos usuários e o principal motivo foi à falta de tempo já que só um dia na semana e depois de falas com a coordenadora da UBS aumentamos para duas pessoas por dia não foi suficiente, e difícil trabalhar com uma população acostumada a comparecer na UBS só quando esta doente e na hora que não encontram o medico para satisfazer sua demanda do momento porque esta atendendo usuários agendados do programa ou porque esta fazendo atividades de promoção e prevenção em saúde ficam reclamando. Outra das dificuldades foi em relação ao atendimento odontológico, já que o dentista estava de licença Premium no momento da intervenção, mas mesmo ele estando atendendo não e suficiente só um dentista para cobrir a demanda de toda a área de cobertura da UBS. Uma dificuldade importante também esta com relação a realização de exames complementares laboratoriais e eletrocardiograma que demora em fazer e/ou sair o resultado, também e demorado a marcação de consultas com especialistas, alguns demoram mais de 6 meses para conseguir uma vaga dificultando o adequado acompanhamento do usuário. Outro problema e que dentro de nossa área de abrangência temos lugares sem cobertura com ACS, dentro da UBS temos equipes incompletas em algumas faltam ACS, outras faltam técnicos de enfermagem, dentista e também recepcionista. E por isso que por este médio solicito a gestão o apoio para a solução destas dificuldades relatadas principalmente gestionar para que os resultados de exames laboratoriais e eletrocardiograma sejam feito o mais rápido possível, também e necessário contratar dois dentistas mais, já que a UBS esta equipada para 3

equipes de saúde bucal, e necessária a contratação de mais agentes de saúde para cobrir as áreas descobertas, vejo importante também contratar recepcionistas para que assim as agentes de saúde tenham mais tempo de cumprir suas funções na comunidade e não assim na recepção, e agilizar a implementação de uma terceira equipe de saúde para melhorar o atendimento a todos os usuários.

Esta intervenção orientada a melhorar o atendimento das pessoas com HAS e/ou DM já faz parte da rotina de trabalho da minha UBS, os usuários estão satisfeitos com o atendimento, com certeza continuaremos melhorando e superando as dificuldades e começaremos a implementar os outros programas existentes que não estão funcionando na UBS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados senhoras e senhores

Há aproximadamente dois anos iniciamos uma intervenção na nossa unidade de saúde Plátide de Oliveira com as pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica (pressão alta) e diabetes (açúcar no sangue alta), com o

objetivo principal de melhorar o atendimento destas pessoas maiores de 20 anos que apresentam estas doenças.

A Unidade Básica de Saúde esta composta por duas equipes de saúde da família, cada uma tem um medico, uma enfermeira, os agentes de saúde, técnica de enfermagem e um dentista) onde minha equipe e responsável pelos bairros Tancredo Neves e Montanhês que são nossa aérea de abrangência, onde temos uma quantidade significativa de pessoas com pressão alta e diabetes sem fazer um acompanhamento correto, outros tem uma das duas doenças mas ainda não foram diagnosticados e outros não tomam a medicação corretamente, nem tem os conhecimentos para poder levar uma vida saudável, e por isso que precisávamos tomar uma atitude para conseguir cadastrar todas as pessoas com pressão alta e diabetes e fazer o acompanhamento correto.

Para realizar esta intervenção o primeiro passo foi realizar uma reunião informativa, para capacitar e organização nosso trabalho com toda a equipe, onde todos os funcionários receberam um manual das funções que tem que realizar, organizamos o acolhimento, atendimento e monitoramento deste programa, a fim de realizar uma intervenção com qualidade a favor das pessoas que iriam a fazer parte do programa. Dentro das mudanças temos o agendamento para consulta com dia e hora marcada feito pela agente de saúde para não ter que ir de madrugada a pegar ficha e não ter que esperar muito tempo para ser atendido, desse modo estaríamos garantindo a adesão dos usuários ao programa e seu retorno para um bom acompanhamento, também os prontuários destas pessoas são arquivado em outra vitrina separado do resto da população para ter o acesso, controle e monitoramento de forma mais fácil, o atendimento e integral onde o dia da consulta o usuário e acolhido pela ACS em conjunto com a enfermeira, técnica de enfermagens e medico, as quartas feiras e o dia de atendimento exclusivo para cadastrar usuários novos e qualquer dia da semana para retorno, aumentamos o numero de visitas domiciliares com o objetivo de cadastrar e fazer o acompanhamento das pessoas acamadas com pressão alta e diabetes ou que não podem comparecer na unidade de saúde, dedicamos mais tempo para atividades de promoção em saúde, informações sobre as complicações dessas doenças e os cuidados que precisam ter estas pessoas por médio de palestras, nas consultas e nas visitas domiciliares, também todas as pessoas saim da consulta com o pedido de exames laboratoriais e eletrocardiograma, que e muito

importante na hora de fazer um bom controle das doenças e prevenir infartos, derrames e outras complicações.

É importante também que nossos usuários tenham acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, por isso preferimos escolher o tratamento com medicamentos da rede pública para que depois de ser atendido o usuário possa pegar seus remédios da nossa farmácia que geralmente está abastecida.

Outras das ações para melhorar o atendimento e garantir a consulta com o dentista para todas as pessoas do programa que tem essa necessidade, primeiro fazemos a avaliação dos dentes e da boca destas pessoas na primeira consulta médica para depois colocamos numa lista que vai ser passada para o dentista quando ele retornasse das suas férias assim poder assegurar um atendimento prioritário. Também para garantir um adequado acompanhamento nós escrevemos tudo numa ficha espelho que é grudado nos prontuários de cada pessoa, assim podemos saber que alterações encontramos na hora de examinar, os resultados dos exames que foram pedidos, as consultas em falta, as orientações recebidas e as medicações que toma entre outros pontos.

Paralelamente a tudo buscamos a todos os usuários faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada pelo ministério da saúde, a fim de fazer o acompanhamento correto e garantir o retorno destas pessoas. Todas as pessoas que foram atendidas receberam orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal, foi explicado para eles que a medicação é só uma parte do tratamento e que precisam mudar o estilo de vida para levar um melhor controle destas doenças.

Acredito que todas essas ações realizadas durante a intervenção, foram muito importantes para a população da área de abrangência onde cadastramos um total de 114 pessoas com pressão alta e 31 pessoas com diabetes, e por isso que a intervenção vai continuar como parte da rotina de trabalho da UBS mantendo o mesmo perfil na qualidade do atendimento, superando as dificuldades que possam aparecer e também começaremos a implementar os outros programas que existem e que não estão funcionando na UBS.

A comunidade desempenhou um papel importante para a elaboração dessa intervenção já que são os atores principais e os mais beneficiados. Desta forma, salientamos a necessidade de uma participação de forma ativa de todos os membros da comunidade, para auxiliar e incentivar este grupo de pessoas que são

acometidas por hipertensão e diabetes a cumprirem com as orientações que lhes são passadas.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início do curso achei que seria muito difícil para mim, porque era a primeira vez que faria um curso de pós-graduação à distância e tinha limitação com o idioma principalmente na escrita e também com a internet, além dessas dificuldades, estava um pouco insegura em relação ao programa que deveria escolher para implementá-lo na UBS porque todos eram importantes e nenhum estava funcionando corretamente, foi assim que vi a necessidade de começar com o programa de HAS e/ou DM. No entanto, na medida em que o curso ia avançando, minhas expectativas mudaram por completo.

O curso de especialização foi muito importante porque aumentou meus conhecimentos, fui tendo interesse e atualizando-me com os temas ofertados nos estudos de prática clínica e os casos clínicos interativos propostos, os quais foram muitas vezes discutidos nos fóruns e com o apoio dos professores, colegas e orientadores fomos aperfeiçoando. Também melhorei meus conhecimentos em relação à forma correta de diagnosticar, tratar, e principalmente fazer um bom acompanhamento integral das pessoas com hipertensão e diabetes com o objetivo de evitar complicações e invalidez já que estas doenças são as principais causas de morte no Brasil.

Na minha atuação profissional, ajudou a ter um melhor relacionamento com minha equipe de saúde, a conhecer melhor minha população e ficar mais de perto com eles, além de brindar um atendimento de qualidade aos usuários com HAS e/ou DM. O programa escolhido trouxe muitos benefícios para todos os envolvidos no processo, principalmente para a comunidade, mudando hábitos e estilos de vida e aumentando o conhecimento de todos, não só com respeito à sua doença, bem como na prevenção de outras através das palestras e

conversas individuais e coletivas. As mudanças que fizemos dentro da organização na UBS em relação ao atendimento destas pessoas com HAS e/ou DM estão servindo de exemplo para ofertar esse mesmo atendimento a toda à população, penso eu que este foi um de nossos maiores êxitos conseguidos com a implementação deste programa. Além de fornecer o espaço para uma melhor relação da comunidade com nossa UBS.

Com a conclusão destes três meses dentro do curso, mas não dentro da rotina do meu trabalho posso acreditar que a iniciativa de fazê-lo foi maravilhosa, sinto que minha preparação como profissional é muito mais completa, estou decidida a enfrentar novos desafios e começar a implementar os outros programas para poder ajudar ainda mais e melhor a minha comunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Área técnica de diabetes e hipertensão arterial.** Cadernos de Atenção Básica, nº 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica. Consolidação das famílias cadastradas do ano de 2013 da zona urbana.**

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Polotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

[illegible]

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos-Mês

[illegible]

[illegible]

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante